

**ORIENTACIÓN GERONTOLÓGICA A LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO
DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE
CALARCÁ QUINDÍO**

**JOHANA KARINA NARANJO ANGULO
LUIS FELIPE LONDOÑO NAVARRO**

**UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
ARMENIA QUINDÍO
2009**

**ORIENTACIÓN GERONTOLÓGICA A LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO
DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE
CALARCÁ QUINDÍO**

**JOHANA KARINA NARANJO ANGULO
LUIS FELIPE LONDOÑO NAVARRO**

**INFORME FINAL DE PASANTÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE GERONTÓLOGO.**

**DIRECTORA:
PIEDAD RENDÓN SERNA**

**UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
ARMENIA QUINDÍO
2009**

DEDICATORIA

A mis Padres y hermano por estar ahí cuando más los necesité; en especial a mi madre por sus palabras de aliento para salir adelante a pesar de tantos obstáculos, además por la constante cooperación, el apoyo, por su confianza y cariño que me brindo en estos cinco años a pesar de las distancias.

Además a aquella persona que con su nacimiento iluminó nuestra familia, con mucho amor y cariño, a mi sobrina María Antonia, con quien quisiera compartir cada momento de su desarrollo.

Johana Karina Naranjo Angulo

A mi Familia y especialmente a Edith Miryan Navarro de Londoño y Oscar Gonzalo Londoño Díaz que creyeron y depositaron toda su confianza en mí. Mis Padres.

Luis Felipe Londoño Navarro

AGRADECIMIENTO

A Miriam Cardona, Isabel Carrillo, Gloria Arroyabe y a la familia Londoño Herrera quienes dejaron las puertas de sus hogares abiertas para brindar apoyo instrumental y emocional y hacerme sentir como un miembro más de sus familias, e incluso amigos que pusieron ejemplo y camino a seguir y a veces evitar, gracias de todo corazón.

Johana Karina Naranjo Angulo

A todas aquellas personas que fueron artífices y brindaron una voz de apoyo en los momentos más difíciles de este proceso de formación.

Luis Felipe Londoño Navarro

Gracias a los profesores y directivas del Programa de Gerontología, por brindar su conocimiento y experiencia, por esa exigencia de trabajar que inculcaron, y además por la amistad que algunos brindaron.

A la directora de pasantía, Piedad Rendón Serna por su orientación en las asesorías.

A los compañeros con quienes compartimos todo el trayecto de la carrera.

A la Alcaldía Municipal de Calarcá por permitir realizar la pasantía en esa Institución.

INTRODUCCIÓN

Este Trabajo de Grado brindó Orientación Gerontológica, en estilos de vida saludables y aprovechamiento del tiempo libre a los Adultos Mayores, beneficiarios del proyecto integral al Adulto Mayor y al Programa Nacional de Alimentación “Juan Luís Londoño de la Cuesta”, Ración Preparada del Municipio de Calarcá Quindío, tiene como objetivo brindar un almuerzo caliente servido localmente, durante 250 días hábiles al año, cuyo aporte nutricional básico debe ser equivalente al 30% de las necesidades diarias de calorías y nutrientes establecidas para este grupo etáreo en las “Recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para la población colombiana” recopilado por Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (1988), que equivale al 100% del aporte nutricional de un almuerzo. Esta modalidad está dirigida a los adultos mayores, ubicados en el área urbana o en área rural, siempre y cuando haya disponibilidad de infraestructura para la preparación. Adicionalmente, se entregará en forma mensual 1 kilo de Bienestarina a cada beneficiario¹.

Se vio la necesidad de dar continuidad al trabajo que realizaron pasantes de Gerontología de la Universidad del Quindío en el año 2007. Ya que la propuesta enfocada en la atención integral a la población Adulta Mayor, se fundamentó en dos ejes: el apoyo a los programas institucionales y la atención integral al Adulto mayor en el que se desarrollaron veedurías y visitas domiciliarias a la población beneficiaria, y un segundo eje ejecutado fue mediante actividades relacionadas con el perfil profesional del gerontólogo.

¹ Manual Operativo Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la cuesta”. Ministerio de protección social ICBF. Bogotá D.C.; 2008 pág. 3

En el año 2008 el trabajo se enfocó en tres fases temáticas: la primera fase facilitar procesos cognitivos, en la que se utilizó como estrategia metodológica, las actividades informativas sobre envejecimiento, vejez, promoción de estilos de vida saludable, prevención de la enfermedad entre otras. La segunda fase tuvo un enfoque cultural en la que se realizaron actividades lúdicas recreativas, y una tercera de enfoque social en la que se desarrollaron temáticas de apoyo social, participación, liderazgo, comunidad. Y se orientó en la línea de investigación envejecimiento y vejez.

Se enfatizó a los adultos mayores beneficiarios del trabajo de pasantía, que la vejez hace parte del proceso de envejecimiento y que ésta depende de cómo se haya vivido en las etapas anteriores y de los estilos de vida practicados.

Además se realizaron las actividades con los 26 grupos de adultos mayores en los horarios de la tarde, para cumplir con el número de horas requerido en el Trabajo de Grado en la modalidad de Pasantía y lo acordado en el convenio Alcaldía Municipal de Calarcá Quindío y la Universidad del Quindío.

Este trabajo estuvo sujeto a modificaciones según las necesidades planteadas por la población beneficiaria.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. JUSTIFICACIÓN	11
2. OBJETIVOS GENERAL Y ESPACÍFICOS	14
3. MARCO TEÓRICO	15
3.1 PROGRAMAS GUBERNAMENTALES	15
3.1.1 Programa de Protección Social al Adulto Mayor. PPSAM	16
3.1.2 Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor. PNAAM	20
4. MARCO CONCEPTUAL	26
4.1. ENVEJECIMIENTO	26
4.2. ENVEJECIMIENTO AUTÓNOMO Y SALUDABLE	28
4.2.1 Cambios asociados al proceso de envejecimiento	29
5. VEJEZ	32
6. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	34
6.1 ALIMENTACIÓN BALANCEADA	36
6.2 ACTIVIDAD FÍSICA	40
6.3 AUTOCAUIDADO	44
6.4 CALIDAD DE VIDA	47
7. TIEMPO LIBRE	49

	Pág.
8. PARTICIPACIÓN SOCIAL	51
9. RELACIONES INTERPERSONALES	53
9.1 RELACIONES FAMILIARES	54
9.2 RELACIONES CON LOS AMIGOS Y LOS VECINOS	56
10. INTERVENCIÓN	57
10.1 INTERVENCIÓN COMUNITARIA	57
10.2 INTERVENCIÓN FAMILIAR	58
11 ASISTENCIA SOCIAL	59
12. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	61
12.1 LOCALIZACIÓN FÍSICA	64
12.1.1 Beneficiarios Del (PNAAM) “Juan Luis Londoño De La Cuesta”	65
12.1.2. Características de los 26 grupos de Adultos Mayores	
Inscritos en la alcaldía del Municipio de Calarcá	69
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	73
14. METODOLOGÍA	77
15. DESARROLLO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	79
16. FOTOGRAFÍAS DE LAS ACTIVIDADES	98
CONCLUSIONES	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Criterios de priorización Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor (PNAAM)	23
Tabla 2. Límites Generales	63
Tabla 3. Localización geográfica, temperatura y distancia a la capital	63
Tabla 4. Grupos y Asociaciones de Adultos Mayores inscritos en la alcaldía del Municipio de Calarcá.	72
Tabla. 5. Cronograma de Actividades.	74

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Distribución por género	66
Gráfico 2. Distribución por edad	67
Gráfico 3. Estado civil	68
Gráfico 4. Escolaridad	69
Gráfico 5. Administradora de Régimen Subsidiado	70
Gráfica 6. Nivel de Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN)	71

1. JUSTIFICACIÓN

El presente Trabajo brindó a los Adultos Mayores orientación gerontológica acerca de estilos de vida saludable y aprovechamiento del tiempo libre, ya que fue importante continuar con un proceso de sensibilización y socialización sobre el envejecimiento y vejez.

Colombia está pasando por una fase de transición demográfica, la cual se caracteriza por aumento de población mayor y una disminución en las tasas de natalidad. Por este motivo se ha venido preocupando la sociedad en la búsqueda de una intervención Gerontológica, según lo que plantea el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE (2005), en las estadísticas se observa un aumento de población envejeciente, como resultado de una modificación la estructura de la pirámide poblacional de Colombia, y por ello se vio la necesidad de brindar herramientas adecuadas para el logro de un envejecimiento autónomo.

El logro de un envejecimiento autónomo se concibe a través de la sensibilización a la población para que por medio de estilos de vida saludable, y un buen aprovechamiento del tiempo libre, se faciliten procesos sociales, relaciones interpersonales, derechos humanos, y apoyo social.

Debido a los altos índices de población Adulta Mayor vulnerable, la Alcaldía Municipal de Calarcá Quindío, en la Secretaría de Servicio Social y su dependencia de Adulto Mayor sigue ejecutando en su Plan de Desarrollo “DE LA MANO PARA EL PROGRESO” el Proyecto Integral al Adulto Mayor, que beneficia

al Programa Nacional de Alimentación “Juan Luís Londoño de la Cuesta” en sus dos modalidades PNAAM, Programa Nacional de Alimentación para el Adulto

Mayor, PPSAN (Programa de Protección Social Para el Adulto Mayor). Y también beneficia a grupos y asociaciones de personas mayores conformados en el Municipio. Este proyecto tuvo como objetivo específico realizar jornadas de asistencia social dirigidas a estos beneficiarios.

De acuerdo a la realización de jornadas de asistencia social, se fundamentó el trabajo, ***orientación gerontológica en estilos de vida saludable y aprovechamiento del tiempo libre a los Adultos Mayores beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación “Juan Luís Londoño de la Cuesta”*** que para febrero del 2008 empezó beneficiando a 360 Adultos Mayores y para octubre del mismo año a 380 Adultos del Municipio de Calarcá Quindío, ya que esta población cuenta con una “Ración preparada” suministrada a nivel nacional, la cual consiste en dar un almuerzo caliente servido localmente, durante 250 días hábiles al año, cuyo aporte nutricional básico debe ser equivalente al 30% de las necesidades diarias de calorías y nutrientes establecidas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), asignando un espacio para el suministro de la alimentación, este se aprovechó y adecuó para el logro del bienestar físico, mental y social mediante la facilitación de procesos Gerontológicos e intervención en el que se brindó conocimiento y trabajo con personas mayores quienes fueron artífices de su cambio, conocieron y comprendieron la sociedad cambiante en la que viven, los nuevos valores que salen de su entorno, se comunicaron con otras personas tanto de su edad como de otras edades y tuvieron un sentido crítico para transformar la realidad en la que viven.

Por ello se vio la necesidad de seguir con la presencia de profesionales que orientaran y brindaran información adecuada, en este caso el perfil del

gerontólogo está relacionado en facilitar, proponer y organizar proyectos conducentes al logro de un envejecimiento autónomo y saludable, y el de promover la organización de la población envejeciente mediante procesos de participación social y convivencia.

2. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS

General

Apoyar mediante estrategias Gerontológicas, estilos de vida saludables y aprovechamiento del tiempo libre, a los Adultos Mayores beneficiarios del proyecto integral al Adulto Mayor y al Programa Nacional de Alimentación “Juan Luís Londoño de la Cuesta” del Municipio de Calarcá Quindío.

Específicos

- Brindar un espacio en el cual los adultos mayores participen en sesiones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Realizar actividades (talleres, sesiones y técnicas de trabajo lúdico recreativas) que faciliten la comprensión y la importancia de tener una vida saludable para los beneficiarios del Programa “Juan Luís Londoño de la Cuesta”.
- Promover la participación de los Adultos Mayores en las actividades sociales y culturales para un aprovechamiento del tiempo.
- Organizar y acompañar a los funcionarios de la alcaldía en actividades, como brigadas de salud y actividades culturales.

3. MARCO TEÓRICO

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 activó programas gubernamentales en beneficio de las Personas Mayores.

3.1. PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

El Gobierno Nacional puso en marcha el Programa de Protección Social al Adulto Mayor –PPSAM–, consiste en la entrega de un subsidio económico en efectivo y en servicios sociales básicos o complementarios. Sin embargo, un número importante de adultos mayores en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, se encuentran excluidos de algún tipo de asistencia social, y es por ello que el Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor –PNAAM– “Juan Luis Londoño de la Cuesta” se constituye en una alternativa para ofrecer servicios básicos de alimentación a las personas más pobres y vulnerables, contribuyendo a mitigar su situación.

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010: “Estado comunitario: Desarrollo para todos”, busca “proteger los ingresos de las familias más pobres, y al mismo empoderar dentro de su grupo familiar a la población adulta mayor”², por medio de los subsidios de los programas de promoción dirigidos a esta población.

² CONPES Social 105: Fondo de solidaridad pensional: ampliación de cobertura y ajustes en los requisitos y operación. Bogotá: Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y Departamento Nacional de Planeación; mayo 14 de 2007. Página 6

3.1.1 Programa de Protección Social al Adulto Mayor PPSAM. Es un programa de asistencia destinado a la protección social de las personas adultas mayores en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico, cuyo origen, monto y regulación se establecen en la Ley 797 de 2003 y en el Decreto 569 de 2004.

El objetivo del PPSAM (Programa de Protección Social Para el Adulto Mayor) es proteger al adulto mayor que se encuentre en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social³.

La ayuda asistencial del PPSAM (Programa de Protección Social Para el Adulto Mayor) es un subsidio económico que se entrega en efectivo o en especie para cubrir servicios sociales básicos y complementarios. Este subsidio se otorgará de manera directa o indirecta, de acuerdo a lo establecido en los proyectos presentados por los entes territoriales y aprobados por el (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) ICBF.

Para lograr llevar a cabo la ayuda asistencial PPSAM (Programa de protección social Para el Adulto Mayor) eficazmente, es necesario que tanto los entes gubernamentales y la sociedad en general, sean garantes y artífices de una vigilancia, que conlleve cada vez más a mejorar y fortalecer los programas que beneficia a la población envejeciente vulnerable.

Tomado textualmente del Consorcio Prosperar que es intermediario del Ministerio de Protección social.

Los requisitos para acceder al subsidio son:

- Ser colombiano.

³ <http://www.prosperarhoy.com/ppsam.htm>

- Como mínimo tener tres años menos de la edad que rija para adquirir el derecho a la pensión de vejez de los afiliados al Sistema General de Pensiones.
- Estar clasificado en los niveles 1 o 2 del Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales SISBEN y carecer de rentas o ingresos suficientes para subsistir, es decir, son personas que viven solas o con familia, y su ingreso mensual no supera medio salario mínimo mensual vigente, o viven en la calle y de la caridad pública, y el ingreso familiar es inferior o igual al salario mínimo legal mensual vigente.
- Haber residido durante los últimos diez años en el territorio nacional.

Los requisitos mencionados muestran una preocupación por la población vulnerable y lo que busca es que el subsidio sea otorgado realmente a la persona que verdaderamente lo necesite y haga de éste buen uso, por eso es necesario que las personas adscritas a este subsidio PPSAM (Programa de protección Social Para el Adulto Mayor), tengan que pasar por un proceso posterior de priorización.

Los criterios de priorización para acceder al programa:

- Será requisito indispensable para todos los que resulten beneficiarios del subsidio económico haber sido sometidos a la metodología de priorización propuesta en el Manual Operativo del programa. Se dará la asignación del subsidio a quienes obtengan el puntaje más alto por reunir el mayor número de criterios. Para tal efecto cuando sea del caso se deberán presentar los certificados que acrediten el cumplimiento de los respectivos requisitos junto con el proyecto que se presenta ante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- El puntaje del Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN), debe certificarse mediante oficio de la Secretaría de Salud Municipal. Este requisito no aplicará para los indígenas dado que

ellos no están identificados por el Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN).

- Ser mayores de 65 años. Debe certificarse con la cédula de Ciudadanía y definirse en la ficha de caracterización de beneficiarios.
- Jefes de hogar (mujeres y hombres) con personas a cargo. Debe definirse en la ficha de caracterización de beneficiarios.
- Adultos mayores que viven solos y no dependen económicamente de ninguna persona. Debe definirse en la ficha de caracterización de beneficiarios.
- 50% de minusvalía o discapacidad física o mental del aspirante. Debe certificarla la Junta de Calificación de Invalidez.
- Pertenencia a una comunidad indígena y no tener ningún tipo de ingreso. La pertenencia deberá certificarla el ente territorial.
- 2 años de permanencia en el municipio, como mínimo. Debe definirse en la ficha de caracterización de beneficiarios.
- La edad de priorización que rige para los indígenas y personas en situación de discapacidad es de 50 años.
- Cuando el Gobierno Nacional, a través del Departamento Nacional de Planeación – DNP, ordene hacer uso de los nuevos resultados del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), el municipio deberá revisar el cumplimiento de los requisitos por parte de los beneficiarios. En este caso, el municipio podrá ajustar el proyecto en los términos señalados en el Manual Operativo.

El subsidio económico se pierde por:

- Muerte del beneficiario.
- Comprobación de falsedad en la información suministrada o intento de conservación fraudulenta del subsidio.
- Recibir una pensión u otra clase de renta o subsidio.

- Comprobación de mendicidad como actividad productiva.
- Comprobación de realización de actividades ilícitas.
- Traslado a otro municipio o distrito.
- Cuando el beneficiario no cumpla alguno de los requisitos que le dio derecho al subsidio.
- Las demás que establezca el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

Entidades Encargadas de coordinar y diseñar políticas públicas.

El Ministerio de la Protección Social: Es la instancia encargada de diseñar las políticas públicas del Sistema de Protección Social, dentro de las cuáles se encuentra el Programa de Protección Social al Adulto Mayor. Le corresponde coordinar esta política con sus entidades adscritas y vinculadas y con los actores públicos y privados a fin de optimizar recursos y sumar esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de los adultos mayores más vulnerables.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Es la instancia encargada de liderar y operar el programa en sus distintas etapas, con responsabilidad de los niveles nacional, regional y zonal.

Tiene como funciones:

- Dirigir y coordinar la planeación, programación y ejecución del programa.
- Apoyar y prestar asesoría técnica a las regionales y centros zonales para la adecuada ejecución del programa.
- Coordinar con los diferentes actores del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) el cumplimiento de acciones que se requieran.

Conocer y dar a conocer avances en atención a esta población en otras regiones.

3.1.2 Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor. PNAAM. El objetivo del programa es contribuir a mejorar el consumo de alimentos mediante el suministro de un complemento alimentario a 400.008 adultos mayores en condiciones de desplazamiento o clasificados en los niveles 1 ó 2 del Nuevo Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN), con la participación activa de los entes territoriales, las organizaciones religiosas, las ONGs locales y la comunidad.

Tiene como objetivos específicos:

- Brindar un complemento alimentario que cubra como mínimo el 30% de las recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para esta población.
- Suministrar mensualmente 1 kilo de Bienestarina a los adultos mayores beneficiarios del programa.
- Fomentar las iniciativas locales y del operador para el desarrollo de las actividades educativas y lúdico recreativas complementarias teniendo en cuenta las características socioculturales y las condiciones físicas de los y las beneficiario(a)s.
- Propiciar la participación de los adultos mayores del Programa en los espacios de participación local como: Concejos Municipales de Política Social, Comités de Adulto Mayor, Cabildos y otras organizaciones existentes en los municipios.
- Promover la participación de la comunidad para ejercer el control social a través de la creación o consolidación de veedurías ciudadanas para el Programa.
- Cualificar el ejercicio del control social a través del registro formal de las veedurías y el seguimiento a las observaciones producto de las mismas.

- Promover el trabajo interinstitucional e intersectorial en torno a los adultos mayores para mejorar las condiciones de vida de esta población.
- Generar procesos de comunicación efectivos que permitan informar permanentemente a los diferentes actores involucrados en el Programa sobre los avances, resultados y proyecciones del mismo.

Tomado textualmente Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF), MANUAL OPERATIVO. 2008, Pág. 9.

Los criterios para la priorización de los beneficiarios:

1. Nivel del Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN). Se califica de acuerdo con el nivel de éste, es decir priman los potenciales beneficiarios que se encuentren en nivel 1 y luego los del nivel 2.
2. Ser mayor de 65 años. (Debe certificarse con la cédula de ciudadanía o con la contraseña que contenga los elementos de seguridad definidos por la Registraduría Nacional).
3. Ser jefe de hogar (mujeres y hombres) con persona a cargo.
4. Ser adulto mayor que vive solo y no depende económicamente de ninguna persona.
5. Minusvalía o discapacidad física o mental del aspirante que implique que el beneficiario no pueda valerse por sí mismo y requiera de un tercero para su cuidado. Debe certificarse por el médico de la ARS cuando el adulto mayor se encuentre afiliado al Régimen Subsidiado o por el médico de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS pública, diligenciando el Formato anexo: Certificación discapacidad.

Tener 50% de minusvalía o discapacidad física o mental, certificada por una justa de calificación de invalidez.

6. Pertenecer a una comunidad indígena. (Debe certificarla la autoridad indígena)

7. El tiempo de permanencia en el municipio.

Para cada criterio y conjunto de posibilidades que se establece, la persona responsable del Programa debe verificar la condición del beneficiario realizada en la ficha de inscripción y asignar un puntaje de la siguiente forma. (SIC)

Tabla 1. Criterios de priorización PPNAM

Jefe de Hogar con Dependientes	Puntaje
SI	2
NO	0
Solitario	Puntaje
SI	2
NO	0
Discapacidad	Puntaje
SI	2
NO	0
Indígena	Puntaje
SI	2
NO	0
Tiempo de permanencia entidad territorial	Puntaje
6 Meses	-1
1 Año	0
2 Años	1
Más de 2 Años	2

Edad	Puntaje
52-55	-2
56-60	-1
61-65	0
66-70	1
71 y mas	+2

Sisben	Puntaje
1	2
2	0
Indígena	0
Vive en la calle	2

La entrega del complemento alimentario se hace a través de dos modalidades de atención, contratadas a través de operadores: Ración Preparada –RP– y Ración para Preparar –RPP–.

Modalidad Ración Preparada: Entrega de un almuerzo caliente servido localmente, durante 250 días hábiles al año, cuyo aporte nutricional básico debe ser equivalente al 30% de las necesidades diarias de calorías y nutrientes establecidas para este grupo etáreo en las “Recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para la población colombiana” Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF, 1988), que equivale al 100% del aporte nutricional de un almuerzo. Esta modalidad está dirigida a los adultos mayores, ubicados en el área urbana o en área rural, siempre y cuando haya disponibilidad de infraestructura para la preparación. Adicionalmente, se entregará en forma mensual 1 kilo de Bienestarina a cada beneficiario.

Modalidad Ración Para Preparar: Entrega mensual de productos no perecederos cuyo aporte nutricional básico será equivalente al 50% de las necesidades diarias de calorías y nutrientes establecidas para este grupo etáreo en las “Recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para la población colombiana” Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF, 1988). Esta modalidad está dirigida a adultos mayores ubicados en área rural dispersa o en zonas rurales concentradas donde no exista infraestructura para la preparación del almuerzo caliente. Su valor comercial es igual al de la materia prima de la ración preparada durante el promedio de días hábiles del mes, es decir, veinte 20 días. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF) definió su contenido según parámetros nutricionales y características de consumo de los alimentos. Adicionalmente se entregará en forma mensual 1 kilo de Bienestarina a cada beneficiario.

También se atenderán con esta modalidad los adultos mayores ubicados en área urbana de municipios que a juicio del comité técnico Nacional del Programa ameriten esta Modalidad.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF) podrá modificar las modalidades de atención y las cantidades de entrega, previo estudio de la Institución.

Para la entrega de cualquiera de las dos modalidades a los adultos mayores, éstos deberán haber sido identificados, priorizados y seleccionados.

4. MARCO CONCEPTUAL

A continuación se presenta un conjunto de construcciones conceptuales, definiciones y proposiciones de autores relacionadas entre sí, que presentan un punto de vista sistemático en relación al Trabajo De Grado en la modalidad de pasantía durante el año 2008.

4.1 Envejecimiento

El envejecimiento comienza desde el mismo momento de la concepción, es decir que el ser humano desde que empieza a desarrollarse va adquiriendo ganancias y pérdidas, éstas se ven como resultado en la vejez, según los hábitos que haya practicado en las primeras etapas.

El ser humano en su ciclo vital pasa por diversas situaciones favorables y desfavorables que determinan su desempeño durante toda la vida, gustos, intereses, estado de salud. Es decir, en la niñez se descubre el mundo, en la adolescencia se asumen responsabilidades y nuevos retos, en la edad adulta se presentan situaciones de la vida, retos económicos y problemas de la cotidianidad y en la última etapa se tiene más tiempo para reflexionar, menos preocupaciones, pero se enfrentan a pérdidas, en lo laboral, social, y personal.

Gómez y Curcio (2002)⁴, definen el envejecimiento desde tres puntos de vista:

- Como un proceso del ciclo de la vida: es la suma de cambios que ocurren en el organismo a medida que pasa el tiempo, aparecen arrugas,

⁴ GÓMEZ J. y CURCIO L. Valoración integral de la salud del anciano. Artes gráficas. Manizales. 2002

se deteriora la velocidad de la marcha y aumenta el tiempo para dar una respuesta.

- Como un proceso de deterioro: es la acumulación progresiva de modificaciones con el tiempo que se relacionan o son responsables del incremento de la susceptibilidad a enfermar y morir.
- Como un daño molecular y celular: se refiere al cambio de las membranas, citoplasmas y núcleos celulares, a lo largo de los años, que desencadenan alteraciones en las funciones de los órganos.

Gómez y Curcio (2002)⁵, plantean la existencia de un antecedente genético que sumado al estilo de vida, a las condiciones sociales y culturales en las cuales se desarrolla el individuo, determinan la forma en que envejece cada persona, es decir generalmente el proceso de envejecimiento se da de acuerdo a como ha sido su forma de vida, por lo tanto, está biológicamente programado y socialmente determinado.

Además el envejecimiento está influenciado por diferentes circunstancias a lo largo de la vida:

El pasado: la historia de vida previa, es decir, la biografía de cada persona, determina su envejecimiento, en otras palabras, la vejez es el resultado de la experiencia de las etapas anteriores.

El presente: el como se experimenta la vejez y como es el comportamiento en ella, está determinado por las circunstancias en las cuales se encuentra el individuo, es decir, la forma de vida particular, que la determinan, los estilos, los modos, las condiciones y el nivel de vida.

⁵ Op.Cit

El futuro: está influenciado por diferentes expectativas, planes, temores, esperanzas y deseos que se tengan frente a la vida, independientemente del tiempo de vida que reste.

Así como el envejecimiento está influenciado por diferentes circunstancias a lo largo de la vida, la vejez autónoma y saludable es resultado de los estilos de vida realizados en las primeras etapas⁶.

4.2 ENVEJECIMIENTO AUTÓNOMO Y SALUDABLE

Según Moragas (1991)⁷, afirma que el envejecimiento saludable es carente de enfermedad o disminución. Contrariamente a la creencia popular, la mayor parte de los ancianos no están enfermos ni se encuentran limitados. El envejecimiento como proceso vital no tiene porqué ser un proceso patológico.

El envejecimiento activo y saludable es aquel proceso de optimizar las oportunidades de salida, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentar la autonomía y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales, y para complementar estos aspectos se deben brindar planes, programas y proyectos, dentro de estos se debe tener en cuenta:

- Accesibilidad a programas de actividad física y recreación en cada municipio.
- Información nutricional balanceada, prácticas de salud (higiene personal, rutina en medicina general, odontología, salud sexual y reproductiva)

⁶ GÓMEZ J. y CURCIO L. Valoración integral de la salud del anciano. Artes gráficas. Manizales. 2002

⁷ MORAGAS MORAGAS, Ricardo. Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona; Editorial Herder. 1995.

- Programas de educación a la comunidad.
- Diagnóstico, promoción y prevención primaria que incluyan programas de rehabilitación integral.
- Talleres con equipo de profesionales interdisciplinario⁸

4.2.1 Cambios asociados al proceso de envejecimiento: Las pérdidas sensoriales especialmente la visión y la audición se encuentran entre los cambios físicos más relevantes en la edad avanzada por su efecto sobre la autonomía personal, la interacción social y la capacidad de adaptación.

Según Izal, M y Montorio I. (1999)⁹. La disminución visual y la reducción de la claridad de la imagen que alcanza la retina se debe a un efecto acumulativo de cambios asociados a la edad en la retina, cristalino y humor vítreo. La cornea y el humor vítreo se hacen más opacos y la pupila tiene una respuesta más lenta por el debilitamiento de los músculos del ojo, así como un espesamiento de las fibras de colágeno del iris.

Las pérdidas visuales pueden tener claros efectos en la vida cotidiana de las personas: como recibir incorrectamente información del medio, dificultad para orientarse, para realizar actividades placenteras y produce interferencia en la realización de actividades de la vida diaria como ir de compras, limpiar etc.

La atrofia gradual del nervio auditivo, el oído interno, y la capacidad auditiva comienza en declive en la edad temprana. Así la sensibilidad a los sonidos, especialmente los de alta frecuencia.

⁸

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20071127/asocfile/informe_final_comision_3_gti.am.pdf

⁹ IZAL, María y MONTORIO Ignacio. Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Editorial síntesis. Madrid. 1999. Pág. 48.

Es posible que las pérdidas auditivas se asocien a factores ambientales ya que las personas que viven en ambientes con bajos niveles de ruido, presentan menos pérdidas.

Al igual que los problemas visuales, los cambios en la capacidad auditiva se consideran progresivos y en determinados niveles pueden llegar a ser perjudiciales para la adaptación del individuo a su medio, al reducir la probabilidad de mantener una aceptable interacción social y aumentar la vulnerabilidad al aislamiento, la inseguridad y la confusión.

También ocurre una disminución general en la sensibilidad a los sabores, aunque la variabilidad interindividual e intraindividual es muy amplia. El número de papilas gustativas no muestra un declive sustancial asociado a la edad, aunque los umbrales para la detección de sabores primarios es significativamente más alto para las personas mayores, particularmente para los sabores amargos. Estos cambios explican la habitual queja de las personas acerca de que la comida está escasamente condimentada o sin gusto e, incluso, el mantenimiento de dietas pobres en variedad y calidad (Whitbourne, 1996). Algunos otros factores, como el consumo de tabaco, hábitos de alimentación previos y estado dental pueden acentuar los efectos de la pérdida en el sentido del gusto.

La variabilidad interindividual hace referencia a que, a medida que avanza la edad, las personas tienden a ser más heterogéneas en el funcionamiento psicológico, fisiológico o social. Y la variabilidad intraindividual indica los cambios que producen con el paso del tiempo en una determinada conducta, capacidad, habilidad psicológica o fisiológica, por ejemplo una persona puede mostrar pérdida de autonomía física pero mantiene al mismo tiempo habilidades cognitivas intactas.

En conclusión los cambios asociados al proceso de envejecimiento no siempre son el resultado directo de deterioro físico, sino que pueden entenderse como consecuencias de enfermedades, estilo de vida y condiciones ambientales. Además en ocasiones la situación es más notable según el organismo de la persona.

5. VEJEZ

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2008), la vejez es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Etapa que comienza a partir de los 65 años de edad, y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales como consecuencia del envejecimiento natural de las células del cuerpo.

La vejez es la última etapa de la vida, siendo ésta el resultado de un proceso de envejecimiento que está influenciado por los estilos de vida adquiridos en el transcurso de la misma. Moragas (1991) señala que la vejez separa más del resto de los conciudadanos que otros atributos cronológicos o sociales, provoca reacciones negativas y no resulta sólo una variable descriptiva de la condición personal del individuo, como la apariencia física, el estado de salud, el sexo, entre otros. Moragas (1991) expone tres concepciones de vejez, estas son:

Vejez Cronológica: está determinada por la cantidad de años que se tenga pero no es un factor determinante en el estado de una persona, pues lo esencial no es el mero transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido, las experiencias vividas y las condiciones ambientales que lo han rodeado.

Vejez Funcional: como cualquier organismo vivo, el ser humano en la etapa de la vejez origina reducciones de la capacidad funcional debido al transcurso del tiempo, pero tales limitaciones no le imposibilitan desarrollar una vida plena como persona que vive no sólo en lo físico, psíquico y social.

Vejez Etapa Vital: se trata del reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, que es una etapa diferente a las vividas anteriormente. Se presentan limitaciones, particularmente en los últimos años de vida, pero tiene ventajas únicas y distintivas: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social¹⁰.

Independientemente de los tres conceptos de vejez que plantea Moragas (1991), la vejez no debe ser sinónimo de desarraigo de la sociedad, debe verse y entenderse como un proceso de crecimiento y decadencia como en cada una de las etapas del ciclo vital, las que deben tenerse en cuenta los hábitos y comportamientos saludables para llegar a una vejez sana y autónoma.

¹⁰ MORAGAS MORAGAS, Ricardo. Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona; Editorial Herder. 1995.

6. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2006), el término estilos de vida saludables es entendido como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales¹¹ .

Existen unos comportamientos habituales saludables como (caminar, relajarse, evitar toxinas, entre otras) y poco saludables (fumar, beber, comer en exceso, trabajar sin organización), hacen parte del estilo de vida del individuo y están estrechamente relacionados con el nivel de capacidad funcional.

Los estilos de vida son determinados por presencia de factores de riesgo y protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

De esta manera se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biológicos, psicológicos, y sociales para mantener el bienestar y generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Página <http://www.who.int/es/> 2006

Según Páramo (1990), los factores protectores son:

- Tener objetivo, sentido de vida, y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión,
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, cultural, recreación, entre otros.
- Seguridad económica y
- El autocuidado

También es importante tener una alimentación balanceada, realizar actividad física, el autocuidado, la higiene personal y aprovechamiento del tiempo libre.

6.1 ALIMENTACIÓN BALANCEADA

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF, 2008) en el manual operativo, los adultos de más de 60 años de edad, constituyen un grupo con características epidemiológicas distintivas, que conllevan a mayor fragilidad, morbilidad y donde los aspectos nutricionales resultan relevantes. Si bien, buena parte del estado de salud en edades avanzadas se ve influenciado por las condiciones y estilos de vida adoptados en la infancia y la juventud, es común observar en este grupo etáreo dificultades para realizar una alimentación adecuada acorde con sus necesidades nutricionales.

De acuerdo con el estudio de sobre carga de la enfermedad realizado en Colombia (1994), la principal causa de enfermedad de las personas de 60 años y más son las infecciones respiratorias, seguidas, por las enfermedades nutricionales. Además se observa en la población adulta frecuencia de defunciones debidas a deficiencias nutricionales¹².

La morbilidad y mortalidad es resultado de una alimentación inadecuada: la alimentación juega un papel muy importante en el desarrollo y/o prevención de enfermedades cuya prevalencia es mayor en esta edad (cardio y cerebrovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, enfermedades gastrointestinales, osteoporosis), entre otras.

Las deficiencias nutricionales en general son atribuidas a cambios en los procesos de ingestión, digestión y absorción de nutrientes, debido a alteraciones en diferentes niveles del aparato digestivo. En la vejez el apetito disminuye

¹² http://www.icbf.gov.co/espanol/sede/2007/cp009/MO-PNAAM-06JUN07%20V9%20COMPLETO%20_manual%20operativo_.pdf

frecuentemente a causa del sentido del gusto, el olfato, la deficiencia dental, fármacos administrados, la depresión y aislamiento social, que implica el tener que comer sólo, y a una reducción en la variedad de alimentos, asociada con una menor disponibilidad de los mismos por las condiciones económicas y sociales que afectan a este grupo de edad¹³.

Sin embargo, un número importante de adultos mayores en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, se hallan excluidos de algún tipo de asistencia social, y es por ello el Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor –PNAAM– “Juan Luis Londoño de la Cuesta” se constituye en una alternativa para ofrecer servicios básicos de alimentación a las personas más pobres y vulnerables, contribuyendo a mitigar su situación.

La nutrición es un factor importante que contribuye a la salud y habilidad funcional en las personas mayores. Una de las formas de retardar y aún revertir los efectos del envejecimiento y las enfermedades degenerativas asociadas a edad, es a través de ejercicio físico y de una dieta nutritiva y balanceada.

Según Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF, 2008) en el Manual Operativo Las “Recomendaciones diarias de Calorías y Nutrientes para la Población Colombiana”, son la base para establecer el aporte calórico (kilocalorías), de macronutrientes, (Proteínas, Grasas, Carbohidratos), el cual se calculó tomando el promedio ponderado por grupo de edad y sexo.

Aporte Nutricional: “Modalidad Ración Preparada” .Esta modalidad consta en la entrega de un almuerzo caliente servido localmente, durante 250 días al año, cuyo aporte nutricional básico debe ser equivalente al 30% de las necesidades diarias de calorías y nutrientes establecidas para este grupo etáreo, según Instituto

¹³ http://www.icbf.gov.co/espanol/sede/2007cp009/MO-PNAM-06JUN07%20V9%20COMPLETO%20_manual%20operativo_.pdf

Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF,1988) Citado en el Manual Operativo ICBF (2008) “las Recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para la población colombiana”, que equivale al 100% del aporte nutricional de un almuerzo. Esta modalidad está dirigida a los adultos mayores, ubicados en el área urbana o en área rural concentrada, siempre y cuando haya disponibilidad de infraestructura para la preparación. Adicionalmente, se entregará en forma mensual 1 kilo de Bienestarina a cada beneficiario.

Para la modalidad de la ración preparada el aporte mínimo de kilocalorías y macronutrientes es el siguiente:

Aporte mínimo de kilocalorías y macronutrientes de la ración preparada.

Valor Calórico Total Mínimo 668 Kilocalorías

Proteína 20.0 gramos 12 % del Valor Calórico Total

Grasa 22.0 gramos 30 % del Valor Calórico Total

Carbohidratos 97.0 gramos 58 % del Valor Calórico Total

La alimentación balanceada es esencial para mantener una alimentación sana las personas deben aprender a alimentarse y conocer la importancia de la cantidad, la calidad, y la armonía de los alimentos que componen una dieta diaria.

Por ello se debe comer lo necesario para mantener un peso adecuado, aumentar el consumo de las fibras, ingerir gran cantidad de agua, limitar el consumo de grasas de origen animal, preferir las de origen vegetal, disminuir el consumo de azúcar y sal, no beber alcohol, ni fumar y realizar actividad física en forma periódica.

La tabla de composición de alimentos Colombianos (2000), clasifica los alimentos en grupos:

Actualmente los alimentos se clasifican en tres grupos (formadores, reguladores, energéticos), las principales razones que motivan presentar esta clasificación son:

- Las funciones que desempeñan en el organismo humano, los nutrientes contenidos en los alimentos presentes en cada uno de los grupos.
- Desde el punto de vista didáctico, para profundizar conocimientos, y para que las personas realicen cambios de hábitos y costumbres alimentarias.

Por sus funciones los alimentos se clasifican en:

Alimentos formadores:

- Leche, y derivados, carnes, huevos, leguminosas y mezcla de vegetales, contribuyen y reparan tejidos, evitan anemias, fatiga muscular y mental.

Las leguminosas remplazan la carne.

Alimentos reguladores:

- Hortalizas, verduras y Frutas. (Contiene vitamina a, vitamina c, agua, mineral, favorecen la visión, ayuda al funcionamiento intestinal.

Alimentos energéticos:

- Cereales y productos derivados.
- Tubérculos, plátanos y azúcares.
- Aceites y grasas.

Su función: Proporcionan la energía que el cuerpo necesita, conserva el calor y la temperatura corporal.

El agua: combate estreñimiento, hidrata la piel, elimina sustancias de desecho.

El objetivo de la clasificación se fundamentó en la necesidad individual de consumir diariamente cantidades adecuadas de alimentos, de cada uno de los tres grupos, para obtener una alimentación balanceada. Y se orientó, para que las personas conocieran las funciones de los alimentos y su valor nutritivo.

La actividad física es un factor esencial para determinar el desgaste diario de energía y, por lo tanto, es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso.

6.2 ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen procesos cotidianos, tales como caminar en forma regular y rítmica. El ejercicio es un tipo de actividad física, consta de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física.

La actividad física es útil para mantener el estado normal de los músculos y articulaciones, aumenta la capacidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular; evitar el daño de las arterias y mejora la circulación sanguínea. Además, es importante para lograr una actitud emocional positiva de confianza en sí mismo.

El ejercicio físico debe ser exigente, pero sin caer en lo excesivo, y debe ayudar a mantener rangos articulares y posturas fisiológicas. Es ideal que la persona mayor camine. Este ejercicio debe durar por lo menos 30 minutos seguidos y practicarse por lo menos tres veces a la semana, si es bien tolerado, realizarlo por períodos menores generalmente es insuficiente para la manutención de las capacidades funcionales, pero siempre es preferible hacer poco ejercicio a no realizar ninguno. Para la caminata debe utilizarse ropa adecuada, acorde con la temperatura ambiente, un calzado cómodo.

Para mantener la postura correcta y la flexibilidad de las articulaciones se recomienda realizar movimientos de estiramiento de brazos y piernas, girar y extender el cuello, mover el tronco a derecha y a izquierda.

Si no se ha hecho ejercicio antes, es preferible consultar a un médico.

La actividad física en esta etapa de la vida, tiene un gran número de ventajas, entre ellas:

- Incorporar normas y hábitos de vida que contribuyan a su bienestar.
- Conocer técnicas que permitan enfrentar el deterioro orgánico y motor, derivado del proceso natural de envejecimiento.
- Motivar la práctica sistemática y regular de actividad física, como componente rehabilitador y de salud
- * Aumentar la capacidad de trabajo, la independencia, la autosatisfacción.
- Mejorar la interacción social y la calidad de vida de la persona

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006)¹⁴, Envejecimiento activo: como Marco Político plantea que, la participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en los adultos mayores como en aquellos que sufren enfermedades crónicas. Un estilo de vida activo mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales.

El ejercicio es una actividad física que contribuye a obtener diversos beneficios tanto biológicos, sociales, lo cual ayuda al adulto mayor a desenvolverse de una manera más armónica en la sociedad.

¹⁴ www.who.int/es

Michaels (2001), Señala que muchos estudios incluidos los realizados a las personas de 60, 70, 80 y 90 años, han demostrado que el ejercicio regular disminuye el riesgo de enfermedad y mejora la calidad de vida en la vejez¹⁵.

Páramo (1990), plantea que la actividad física debe incluir: ejercicios aeróbicos, diseñados para mejorar la forma física cardiovascular, la capacidad corporal para autosuministrarse el oxígeno necesario para la vida. Las mejores actividades aeróbicas para ancianos incluyen caminar, nadar, bailar, montar en bicicleta, remar y otros ejercicios de bajo impacto.

El ejercicio aeróbico regular le permite al corazón resistir cualquier esfuerzo súbito. Si el corazón está en forma, bombea la sangre más eficientemente, es decir, lo hace con menos frecuencia. A medida que la forma física aumenta se notará que desciende la frecuencia de pulsaciones en reposo (el número de veces que late el corazón por minuto mientras descansa). El ejercicio también puede mejorar la capacidad pulmonar y permite mantener activo más tiempo sin cansarse o quedarse sin aliento.

La salud de los huesos y articulaciones depende del apoyo de músculos fuertes, ligamentos, tendones, la cual mejora con el ejercicio. Ejercitar los músculos de la espalda puede mejorar la postura, que con los años se deteriora cada vez más y provoca problemas de columna. No sólo el mantener la columna erguida le hace parecer más sano, si no que le permite respirar profundamente y digerir mejor la comida.

El ejercicio físico regular puede ayudar a disminuir el riesgo de ciertas enfermedades y a tener un envejecimiento activo. El ejercicio también puede mejorar el sentido del equilibrio. Cuando se hace regularmente, ponerse de

¹⁵ MICHAELS, Evelyn. Vital a los 60 años, Todo lo que se necesita saber para cuidar de tí mismo. Barcelona, España: Impreso MGvagrafik, SL Editorial 2001

puntillas al tiempo que se sostiene con el respaldo de una silla – puede agudizar el equilibrio y prevenir las caídas.

Igual el ejercicio quema calorías, o sea que si hay kilos de más (un factor de riesgo cardiovascular conocido) éste es el estilo ideal para eliminarlos, siempre que no se aumente la ingesta de alimentos.

También minimiza la presión sanguínea, aumenta los niveles de colesterol bueno (HDL) y disminuye el colesterol perjudicial (LDL) y grasas en la sangre conocidos como triglicéridos. Además puede reducir el nivel de azúcar en la sangre, que previene o retrasa la aparición de algunos tipos de diabetes.

El ejercicio es fundamental para poder dormir bien, la actividad física durante el día o la primera hora de la noche libera el estrés y relaja el cuerpo. Igualmente, la actividad física regular puede ser tan efectiva como la medicación o la psicoterapia para aliviar la depresión ligera y la ansiedad.

Otros beneficios potenciales incluyen la mejora de la imagen corporal y la autoestima, una mayor sensación de control; el ejercicio físico regular y adecuado favorece particularmente: el control de peso, y la prevención de enfermedad, por ello es necesario hacer énfasis en el autocuidado.

6.3 AUTOCUIDADO

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007)¹⁶, señala que el autocuidado consiste en todas las medidas y decisiones que adquiere una persona para evitar la enfermedad, es todo comportamiento personal empleado para mantener y mejorar la salud.

El autocuidado requiere de destrezas personales específicas a través de la cultura, la comunidad, la familia y la persona. Páramo (1990), plantea que la cultura es el conjunto de hábitos, costumbres, creencias y comportamientos, responden a la capacidad de supervivencia. En la comunidad y en la familia se considera que las acciones de autocuidado no son innatas, deben aprenderse, dependen de las creencias, las costumbres, prácticas habituales de la familia o de la comunidad a que pertenece. Para la persona son acciones y prácticas positivas de salud se requiere una elección y una decisión.

Páramo (1990)¹⁷, Plantea dos tipos de prácticas de autocuidado, las individuales y las colectivas. Las individuales se refieren a las tareas personales para las que ha tenido modelo y las colectivas se refieren a las tareas condicionadas por las normas de la comunidad y se asumen en grupo.

Igualmente considera varias clases de autocuidados:

Las universales: son las orientadas a mantener suplidas las necesidades básicas y el bienestar de la persona.

Las específicas: son orientadas a prevenir complicaciones en las enfermedades agudas o crónicas .

¹⁶ www.paho.org

¹⁷ PARAMO. H, Op. cit., p.71

Las prácticas de higiene, y los cuidados personales ayudan a mejorar el bienestar, la salud física y psíquica. Los hábitos higiénicos de la salud bucal, más una alimentación sana, reducen la incidencia de caries. El baño diario evita problemas dermatológicos. El aseo de las manos antes de comer, y después de usar el sanitario evitan el parasitismo e infecciones gastrointestinales. Es decir, las prácticas de higiene adecuadas reducen el riesgo de adquirir enfermedades como pediculosis, gripe, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual, entre otras, y contribuyen a conservar un ambiente sano, además mediante la actividad física regular, se busca beneficiar particularmente el control de peso, la aparición de enfermedad coronaria, la normalización de las grasas (lípidos) y el metabolismo de carbohidratos (azúcares, harinas). Además contribuye a prolongar la fortaleza de los músculos y a demorar la degeneración osteomuscular producida por la inactividad.

Por esto es importante fomentar prácticas nutricionales adecuadas que contribuyan a una alimentación sana, que es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Es decir, que la alimentación debe contener nutrientes básicos (proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales) para una buena salud, evitando el riesgo de presentar enfermedades a causa de la malnutrición la obesidad y la desnutrición.

Páramo (1990)¹⁸, plantea unas acciones básicas para el autocuidado, estas son:

* La higiene personal:

a) Consumir alimentación equilibrada.

- Requerimiento calórico por edad, actividad.
- Proporción adecuada de nutrientes.
- Aporte hídrico.
- Forma de preparar y conservar los alimentos.

¹⁸ PARAMO. H, Op.cit.,p

- b) Aseo corporal
 - Medidas higiénicas de baño, salud oral, lavado de manos.
 - Higiene del vestir (lavado, cambio de ropa).
- c) Vigilancia de la eliminación urinaria e intestinal.
- d) Actividad física.
 - Ejercicio regular.
 - Deporte regular.
- e) Vigilancia corporal de signos anormales (úlceras, masas, etc)
 - * Acciones de higiene mental:
 - Fomento de las relaciones interpersonales beneficiosas.
 - Tareas de reconocimiento y ayuda a las demás personas.
 - Implementación de soportes de apoyo en situaciones de estrés.
 - Fomento de la comunicación en todos los campos sociales, prácticas culturales.
 - Educación para la recreación y el deporte.
 - * Acciones de higiene del medio:
 - Vivienda: limpieza y ventilación.
 - Servicios básicos: agua potable, alcantarillado, luz, recolección de basuras y otros.
 - Eliminación de barreras arquitectónicas.
 - Normas de seguridad social – vigilancia de automotores

Al estar en equilibrio los factores protectores y los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, y las acciones básicas personales como el autocuidado hacen que en el ser humano haya bienestar.

6.4 CALIDAD DE VIDA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1994)¹⁹, propuso la siguiente definición sobre la calidad de vida para lograr el consenso: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

Una aproximación al concepto calidad de vida se asocia con las condiciones materiales en que se desenvuelve la existencia de los individuos y, más en concreto, con la experiencia personal que resulta de dichas condiciones, el termino "vida" se refiere única y exclusivamente a la vida humana en su versión no tanto individual como comunitaria y social, y el sustantivo "calidad" hace referencia a la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa.

Según Blanco A. (1988), la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa.

Blanco A. (1988), retomando a (Solomom, et. A., 1980, p.224)²⁰, la calidad de vida es un concepto inclusivo que cubre todos los aspectos de la vida tales como "salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidad educativa, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a otras instituciones y confianza en otro".

Es decir que la calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o de que se les están negando

¹⁹ www.latinsalud.com/articulos/00284.asp

²⁰ SOLOMOM, et. A., 1980, p.224. citado por BLANCO Abarca, Amalio y Chacon Fuentes, Fernando. Indicadores de calidad de vida y evaluación de necesidades en: Calidad de vida, educación, Deporte y Medio Ambiente. Congreso Nacional de Psicología Social, Alicante, 1988

oportunidades al alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud física, o de las condiciones sociales y económicas.

El mejorar la calidad de vida ha empezado a cobrar importancia en promoción de la salud y es importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas mayores, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y las poblaciones discapacitadas.

La calidad de vida y el bienestar, según Blanco A. (1988), su naturaleza psicosocial desde la perspectiva de la política social, tienen que ver fundamentalmente con:

- a) Disponibilidad de recursos en el ámbito de las necesidades básicas, como alimento adecuado, refugio y vestido, facilidades educativas, culturales y sanitarias, condiciones higiénicas. Se trata de tener una disponibilidad real y objetiva.
- b) Tiene que ver la calidad de vida con la provisión por parte del Estado y de un amplio abanico de servicios públicos, y tiene que ser el Estado porque es la única manera de asegurar que los menos favorecidos económicamente puedan satisfacerse de dichos servicios.
- c) La calidad de vida entroncaría también medidas arbitradas por una sociedad para hacer frente a sus problemas sociales, unas medidas que muchas veces serán de estricta justicia social y distributiva.

Además de tener un estilo de vida saludable es importante hacer un adecuado manejo del tiempo ya que existe un tiempo libre y un tiempo de ocio.

7. TIEMPO LIBRE

Cuando hablamos de tiempo libre, nos referimos al período de tiempo que le queda al individuo después de llevar a cabo sus obligaciones diarias (laborales, educativas, sociales, familiares). Sin embargo, hay muchas actividades que se realizan en este tiempo y no son precisamente de ocio. También hay una parte del tiempo libre que se dedica a acciones autoimpuestas, que no forman parte de una obligación, sino que son actividades que como persona ha decidido hacer (tareas religiosas, voluntariado social, etc.).

El tiempo verdaderamente libre está constituido por aquellos momentos de nuestras vidas en las que después de satisfacer obligaciones, se está dispuesto a realizar una actividad en beneficio propio.

El tiempo libre puede llenarse con tiempo de ocio, distracción, recreo, correspondiente al mero descanso del trabajo o puede llenarse con actividades de mayor significado individual y social. Estas actividades también son ocio, aunque resulten tan absorbentes como las actividades manuales, artesanales o artísticas que realizadas en otros ámbitos serían trabajo auténtico. Cuando éstas se realizan en tiempo libre se caracterizan por su libertad, no están sujetas a requisitos de tiempo y calidad organizativa, la persona decide por sí misma el ritmo empleado en la labor y no se ejecuta por una finalidad económica.

La variedad de actividades del tiempo libre es ilimitada y difícilmente encuadrable en una clasificación. Por las actividades del sujeto pueden ser físicas, psíquicas o sociales; por su naturaleza: deportivas, educacionales, artesanales, artísticas; por el grado de participación: individuales, de pequeño grupo o de masas, etc²¹.

²¹ GÓMEZ J. y CURCIO L, Op.cit.,p. 143.

El tiempo libre es aquel que resta luego del trabajo, del descanso y de las actividades necesarias para la vida física y las obligaciones familiares y sociales. Este tiempo libre disponible puede llenarse de diversas formas, la más obvia para el trabajador cansado por su tarea sería el descanso, pero éste tiene sus límites y a medida que se reducen las jornadas laborales y aumenta el tiempo libre, se plantea la necesidad de llenarlo de otras formas, con el ocio, distracción, diversión, actividades²² .

El buen uso del tiempo libre en las personas mayores ayuda a satisfacer aquellas necesidades que en el transcurso del desarrollo han quedado insatisfechas, como la “subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad” etc, por ello se ve la necesidad de buscar mecanismos de participación ya sea en los respectivos programas institucionales o los espacios brindados por los municipios.

²² MORAGAS. M, Op.cit.,p 53

8. PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación es entendida como intervención antes que como incorporación, se le mira como un proceso social, que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses diversos y en el contexto de relaciones sociales y de poder.

Puede ser entendida como una forma de acción individual o colectiva que implica un esfuerzo racional e intencional de un individuo o un grupo en busca de logros específicos- tomar parte en una decisión, por ejemplo- a través de una conducta cooperativa²³.

La Participación social se refiere al agrupamiento de personas con intereses similares con el objeto de reivindicarlos, defenderlos o negociarlos.

Cunill (1990)²⁴, la participación es, a la vez un medio y un fin. Más exactamente, debe ser considerada como un fin intermedio, se participa para obtener un beneficio, construir redes solidarias, contribuir al bien común o ejercer las virtudes cívicas. Se participa para alcanzar objetivos específicos en situaciones concretas. Pero, por otro lado, la participación es deseable, lo que la convierte de cierta manera en un fin, en cuanto componente central de la democracia.

²³ VELÁSQUEZ, C. Fabio y GONZÁLEZ R. Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?. Bogotá: Fundación Corona. 2003. Pág.57.

²⁴ CUNILL, Nuria. Participación ciudadana, Caracas: CLAD, 1991, citado por Velásquez Fabio y Esperanza Gonzáles. Pág. 60.

Gonzáles (1995) citado por Duque (1998)²⁵ la participación social por su parte, se refiere “al proceso de agrupamiento de los individuos en distintas organizaciones de la sociedad civil para la defensa y la representación de sus respectivos intereses, que pueden llegar a configurar, un tejido social de organizaciones que puede ser instrumento en el desarrollo de otras formas de participación”

²⁵ Manual para la participación y organización para la gestión en: foro nacional por Colombia. Regional Valle del Cauca. Cali. 1995 Pág 18-19.

9. RELACIONES INTERPERSONALES

Las relaciones interpersonales y el apoyo social constituyen uno de los aspectos esenciales para el bienestar subjetivo de los individuos a lo largo de todo el ciclo vital.

Las relaciones sociales de las personas mayores y la satisfacción que éstas les aportan pueden variar en función de la edad y el contexto de residencia. Fernández- Ballesteros (1997) concluye que quienes viven en su propio domicilio dicen tener significativamente mayor número de contactos sociales que los que habitan en residencias, ya que están más satisfechos con los contactos y obtienen mayor integración y satisfacción social²⁶.

No parece incidir ni el sexo, ni la posición social, en el grado de la satisfacción obtenida por los contactos sociales. En cambio si parece relevante la variedad de edad, si habitualmente la gente mayor sale poco de casa, con el paso de los años y la pérdida de la autonomía personal, la falta de relación con el entorno se agrava. Ello provoca una dependencia creciente de los familiares más próximos, pero también un distanciamiento de la realidad y el entorno social observándose así una disminución de los contactos sociales, aunque no aprecian diferencias significativas en lo que se refiere a la satisfacción con dichos contactos. Estos postulados parecen congruentes con la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1961).

²⁶ CASAS Ferrán A. y ANDREU María A. citado por Pinazo H. Sacramento y Sánchez M. Mariano. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Pearson, Prentice Hall. Madrid 2005. Pag.132.

9.1 RELACIONES FAMILIARES

En la vejez se producen cambios en la estructura familiar, ya que los hijos son adultos, abandonan el hogar paterno y demanda otro tipo de atención y apoyo, como el cuidado de los nietos, la colaboración económica y/o doméstica, etc. Aunque algunos padres pueden sufrir problemas emocionales ante el fenómeno de “nido vacío”, la mayoría de ellos reaccionan adaptativamente ante el abandono del hogar por parte de los hijos, presentando consecuencias positivas: mayor cantidad del tiempo libre, posibilidades de establecer otro tipo de relación con los hijos, alivio de responsabilidades, sensación de haber cumplido satisfactoriamente con la función de criar y educar unos hijos, etc.

La satisfacción marital en la vejez es heterogénea y depende de factores tales como la salud o el establecimiento de una relación de dependencia entre cónyuges. La enfermedad y la muerte del cónyuge son dos fuentes de cambio que obligan a una reestructuración de los patrones de funcionamiento cotidiano.

La reacción emocional ante la muerte del cónyuge es compleja y causa sentimientos de ira, negación, alivio y culpa; frecuentemente tiene lugar la aparición de una sintomatología depresiva que, no obstante, tiende a desaparecer en un plazo de uno a dos años desde el fallecimiento del esposo (a), la viudez puede asociarse al desarrollo de procesos mórbidos graves, pero en ocasiones la el fallecimiento del cónyuge es adaptada puede verse facilitada con asesoramiento e intervención psicológica y social.

Rice. Philip (1997)²⁷, define la muerte y el duelo como:

Muerte

- Fisiológica: terminación de las funciones de todos los órganos vitales.

²⁷ RICE. Philip, F. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. Segunda edición. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México. 1997.

- Clínica: terminación de la actitud cerebral.
- Sociológica: el abandono y alejamiento de la gente cuando considera que la persona está muriendo, lo que sucede mucho antes de que ocurra la muerte fisiológica.
- Psíquica: aceptación a la muerte.

Duelo

La pérdida de un ser querido, uno de los acontecimientos más estresantes.

Reacciones:

- Físicas: falta de apetito, comer en exceso, malestar estomacal, fatiga, dolor de cabeza, sudoración, mareos.
- Emocionales: depresión, abatimiento, llanto, enojo, ansiedad, aislamiento.
- Intelectuales: ¿Qué fue lo que sucedió? y buscan causas.
- Sociológicas: buscar apoyo de la familia y amigos para unirse y compartir la experiencia y buscar comprensión.

Para poder sobre llevar esta reacción las personas optan por nuevos roles familiares, comunitarios, cambiar de casa y en ocasiones de trabajo.

Etapas del duelo:

1. **Conmoción:** Llanto e incredulidad.
2. **intenso sufrimiento:** Síntomas físicos, emocionales, recuerdos e imágenes del fallecido. De 2-4 semanas, puede durar de 1-2 años.
3. **recuperación gradual del interés por la vida:** Reanudar actividades, y relaciones con otras personas.

9.2 RELACIONES CON LOS AMIGOS Y LOS VECINOS

El hecho de recibir apoyo de un amigo podría considerarse como un refuerzo para una relación de mutuo apoyo y, por consiguiente sirve como evidencia de la buena salud, buena compañía y utilidad continua del individuo. Para aquellas personas de edad que no cuentan con familiares, las amistades constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción considerable e incluso cuando se cuenta con relaciones familiares satisfactorias, las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte, no sólo la edad, sino algo que es más importante, una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares, lo que ayuda a enfrentar con efectividad situaciones de estrés.

Las redes de alta densidad, que suelen estar formadas por la familia, ayudan a afrontar crisis vitales normativas, mientras que las redes de baja densidad, como son los amigos contribuyen a afrontar las crisis vitales no normativas.

Las crisis no normativas son aquellas que se presentan de manera accidental en cualquier momento del ciclo vital. Entre ellas: la muerte de un hijo, el embarazo de una hija adolescente, alcoholismo en la pareja, abandono, enfermedad terminal entre otras.

El conocer cual es el peso del apoyo social en el bienestar de las personas durante el envejecimiento, ayuda a desarrollar estrategias de intervención dirigidas a fortalecer los sistemas de apoyo de las personas mayores, crear nuevas redes y evitar la institucionalización y el desarraigo de la familia.

Las intervenciones deben fortalecer la capacidad de la familia para proporcionar apoyo, y fortalecer las redes existentes o ayudar a generar nuevas redes que aumenten la satisfacción de las personas mayores en su entorno de participación social, lo que incluye cooperación en grupos o asociaciones de personas mayores en vida comunitaria de barrio o sectores.

10. INTERVENCIÓN

Carballeda J. (2002)²⁸, la intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese “otro” sobre el cual se interviene, y además supone una forma de búsqueda de respuesta a interrogantes eminentemente sociales, por lo tanto debería producir modificaciones en relación con la cuestión puntual llamada a actuar.

En el campo gerontológico lo que se busca es intervenir tanto en la comunidad como en la familia y en el individuo. Por medio de una intervención primaria, la cual está encaminada a detener o prevenir un factor de riesgo y por medio de una intervención secundaria o remediativa, la cual está dirigida al manejo de una situación, problema o condición ya existente para minimizar su progresión o los daños que produce.

10.1 INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Según Sánchez (2000)²⁹. La intervención comunitaria debe influir en “las políticas sociales y las prácticas sociales, son dos mecanismos mediante los cuales la sociedad puede desarrollar un sistema de seguridad social para garantizar condiciones existenciales óptimas para los ciudadanos”.

La intervención debe dirigirse hacia dos asuntos importantes:

²⁸ CARBALLEDA Alfredo J. La intervención en lo social. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 2002. Pág. 91-95

²⁹ SÁNCHEZ Salgado, Carmen Delia. Gerontología social, Espacio Editorial Buenos Aires. Primera Edición. 2000. Pág. 212-217

A una educación que logre cambiar las actitudes sociales hacia la etapa de la vejez, y por consiguiente la percepción desfavorable de la población mayor. Y a influir en la elaboración de la política pública, en beneficio de este grupo poblacional.

10.2 INTERVENCIÓN FAMILIAR

Sánchez S. (2000)³⁰ Plantea que la intervención con las personas mayores y su familia, tiene un principio básico que es atender la problemática en conjunto. Lo que quiere decir, se debe escuchar y observar, como el sistema interacciona antes de determinar el tipo de intervención. El paso a seguir es realizar una terapia familiar que beneficia y establece un nuevo conjunto de relaciones, mejora la comunicación entre los miembros, afianza la autonomía, fortalece el funcionamiento o alivia los síntomas que llevaron a una actividad inadecuada.

³⁰ Ibid. Pág. 212-217

11. ASISTENCIA SOCIAL

Según Núñez y Espinoza (2007)³¹, la asistencia social es un mecanismo redistributivo del Estado que, como su nombre lo indica, asiste a los hogares cuyas dotaciones iniciales, sea de capital humano, físico o social, son en extremo bajas y no les permiten acceder exitosamente a los mercados (sean éstos laboral o financiero, etc.). Así, la asistencia social es una inversión pública, destinada a los más pobres y vulnerables de la sociedad, que busca garantizar un nivel adecuado de consumo de bienes y servicios.

Garantizar este consumo mínimo en el corto plazo puede romper el ciclo perverso de la pobreza, en la medida en que permite a las generaciones siguientes aumentar relativamente sus dotaciones, en este sentido, las transferencias por medio de las cuales se lleva a cabo la asistencia social difícilmente pueden dejar de ser permanentes mientras no se equilibren las dotaciones de los hogares.

Los programas de asistencia social deben ser diseñados para expandir las oportunidades de los hogares vulnerables y de esta forma, facilitar la autonomía.

La asistencia social también es una estrategia de crecimiento sostenible y de equidad.

Existen dos formas generales de entregar los subsidios de asistencia social en efectivo y en especie. Como su nombre lo indica, en efectivo son entregados exclusivamente en dinero, tienden a ser, teóricamente, la forma menos costosa de otorgar éste, y le dan al usuario independencia al permitirle usar para comprar los bienes y servicios que él considera conveniente.

³¹ NÚÑEZ Jairo, y ESPINOSA Silvia. Asistencia social en Colombia. Diagnóstico y propuestas. DNP. Impreso Bogotá Colombia. 2007. Pág. 9

Sin embargo, los subsidios en efectivo por sí mismos no incentivan a la gente a salir de la asistencia (por ejemplo, a través del trabajo).

La segunda forma de entregar subsidios sociales es en especie; esta forma tiende a gozar de mayor aceptación política que los subsidios en efectivo. En este caso, se otorga dependiendo el riesgo que se va a cubrir, si se quiere cubrir el riesgo de pobreza, se pueden utilizar varias modalidades, tales como otorgar una canasta de alimentos, auxiliar los precios u otorgar bonos para la compra de éstos.

Los programas de asistencia social son enfocados a mejorar las condiciones de vida y reducir la exposición de la población pobre y vulnerable.

Según Núñez y Espinosa (2007)³², en Colombia hay cerca de 4 millones de adultos mayores de 60 años, de los cuales aproximadamente 18% se encuentran en pobreza crónica, (pobreza a largo plazo), 8,5% en indigencia, y 19% son miembros de hogares clasificados en los niveles 1 y 2 del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, (SISBÉN). En términos generales, no hay diferencias importantes entre los dos géneros, aunque la pobreza crónica, la indigencia están clasificados en SISBÉN 1 y 2.

En el caso de los adultos mayores, los programas de atención se deben priorizar a aquellas personas que, además de ser pobres, se encuentran en especial estado de vulnerabilidad entre ellos, los adultos mayores que viven solos, que reportan tener un estado de salud malo, y quienes tienen una enfermedad crónica y no reciben atención para tratarla.

³² Ibid. Pág. 9

12. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

RESEÑA HISTÓRICA

La región que los historiadores han denominado “del Quindío”, fue ocupada hasta los inicios del siglo XVI por los pueblos indígenas Quimbayas y Quindos, los cuales fueron agredidos y sometidos por los españoles, siendo la marcada relevancia histórica la feroz oposición dirigida por el cacique Calarcá del pueblo Pijao, quienes habitaron en el valle del Tolima, los Andes centrales, margen oriental, hasta sucumbir a manos de los conquistadores de la península Ibérica.

Luego de un período aproximado de 200 años, la región fue redescubierta por pobladores llegados de diferentes regiones del país, (Antioquia, Cundinamarca, Boyacá, Tolima, Santander y Cauca) quienes llegaron en busca de minas de oro y guacas, encontrando una excelente tierra de condición climática para la vida y el establecimiento de poblados. A partir de las permanentes incursiones en esta región, se pensó en la constitución de un asentamiento que permitiera el aprovechamiento que ofertaba la zona, así como obviar las grandes dificultades que presentaba el abordaje permanente del camino Nacional (Ruta a Salento-Tolima).

Para el 29 de junio de 1886, se firma el acta de fundación de Calarcá, mediante la protocolización hecha por la junta Fundadora, integrada por los señores Pedro María Osorio, Jesús María Buitrago, Baltasar Gonzales y Segundo Henao, actuó como secretario Francisco Velásquez y testigo del acontecimiento el señor Luis Tabares. Cuatro años después el Concejo Municipal de Salento, le otorgó al naciente territorio poblado del carácter de corregimiento.

En el año 1905, obtuvo la categoría de Municipio y se consolidó el centro poblado existente como cabecera Municipal.

Las tierras templadas de esta zona del país (1000.2000 m.s.n.m), sirvieron en clave a unas de las industrias más fructíferas de inicios del siglo XX en Colombia. En el siglo XX, el auge de la industria cafetera se evidenció en la región conocida geográficamente como la zona de la hoya del Quindío, “Aún en la hoya del Quindío, donde la colonización ha sido relativamente reciente y donde hoy, más que en cualquier otra parte de Colombia, el Café es el Rey, la mayor parte de los cafetales se establecieron en tierras que habían sido anteriormente pastizales y selva Nativa, y aunque el cultivo se observa admirablemente al patrón de colonización de los pequeños propietarios establecidos, nunca hizo parte del sistema inicial de colonización” este auge cafetero se mantuvo constante hasta la década de los 90 donde el pacto de cuotas internacionales que regulaban esta industria se rompió y el sector entra en crisis.

El municipio de Calarcá no fue ajeno a la violencia bipartidista de finales de los años 40, hasta entrada la década de los 60, que marcó el devenir del municipio, la región y el país. Durante la década de los 50 fue muy constante el corte institucional que sufrió el sistema democrático en el municipio, lo cual se puede deducir de los diferentes periodos en los que tuvo alcaldes militares.

El municipio de Calarcá tiene una extensión territorial de 21.923 hectáreas, de las cuales 244 son urbanas y 21.679 corresponden al sector rural³³.

³³ ALONSO GAVIRIA, Marllie. Plan de Desarrollo Municipal, Calarcá Quindío 2004-2007 “UN PLAN PARA DEJAR HUELLA” (2004).

Según el DANE (2005) la población estimada en el municipio es de 71.605 habitantes, de estos 54.639 viven en la zona urbana y 16.966 en la zona rural, de los cuales 35,237 son hombres y 36,368 mujeres³⁴.

TABLA 2. LÍMITES GENERALES

PUNTOS CARDINALES	MUNICIPIOS	LONGITUD (Kms)
Norte	Salento	17.9
Oriente	Cajamarca	6.7
Occidente	Armenia	30.8
Occidente	Tebaida	5.2
Sur	Caicedonia	7.9
Sur	Buenavista	18.8
Sur	Pijao	
Sur	Córdoba	

TABLA 3. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA, TEMPERATURA Y DISTANCIA A LA CAPITAL

LOCALIZACIÓN		Altura sobre el nivel del mar	Temperatura Media	Distancia a la capital
Latitud Norte	Latitud Oeste			
4° 04' 56,57"	74° 04' 51,03"	1.573 Mts.	20.3 °C	7 Kms

³⁴ DANE (2005) Boletín Censo General Perfil Calarcá Quindío.

12.1 LOCALIZACIÓN FÍSICA

Los lugares donde se realizaron las actividades fueron las instalaciones pertenecientes a cada comedor:

Comedor Avenida Colon: Hogar del Anciano.

Comedor Hogar de Paso: Colegio Robledo

Comedor Balcones de la Villa: Caseta Comunal

Comedor Barcelona

Comedor Bomberos: Aula de Bomberos

Comedor Luís Carlos Galán: Caseta Comunal

Comedor Valencia: Casa de Coordinadora Barrio Valencia

Comedor Llanitos: Caseta Comunal

BENEFICIARIOS:

Directos: 232 Adultos Mayores beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación “Juan Luís Londoño de la Cuesta”, “Ración preparada” del Municipio de Calarcá Quindío.

26 grupos de Adultos Mayores inscritos en la alcaldía de Calarcá.

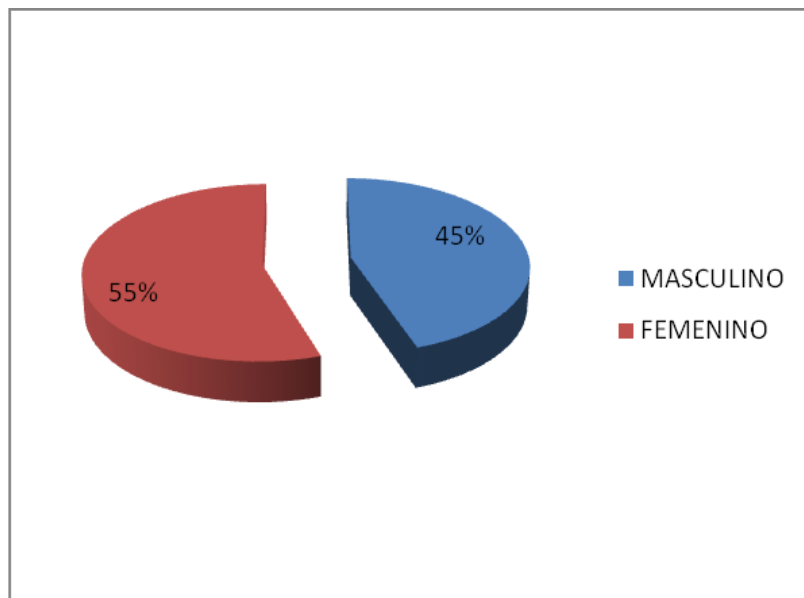
Indirectos: Las familias de los beneficiarios del Programa, grupos o asociaciones, y los funcionarios de la Alcaldía del Municipio de Calarcá Quindío.

12.1.1 Beneficiarios Del Programa Nacional De Alimentación Para El Adulto Mayor (PNAAM) “Juan Luis Londoño De La Cuesta”

En el municipio de Calarcá hay ocho comedores, siete de ellos en el área urbana del municipio y uno en el corregimiento de Barcelona. En el que reciben un almuerzo preparado y servido de lunes a viernes, para octubre de 2008 se beneficiaron 380 Adultos Mayores de los cuales asistieron en promedio 232 personas a las actividades, ya que las demás tenían alguna discapacidad para acudir al comedor por esta razón el almuerzo era enviado a su respectivo lugar de residencia.

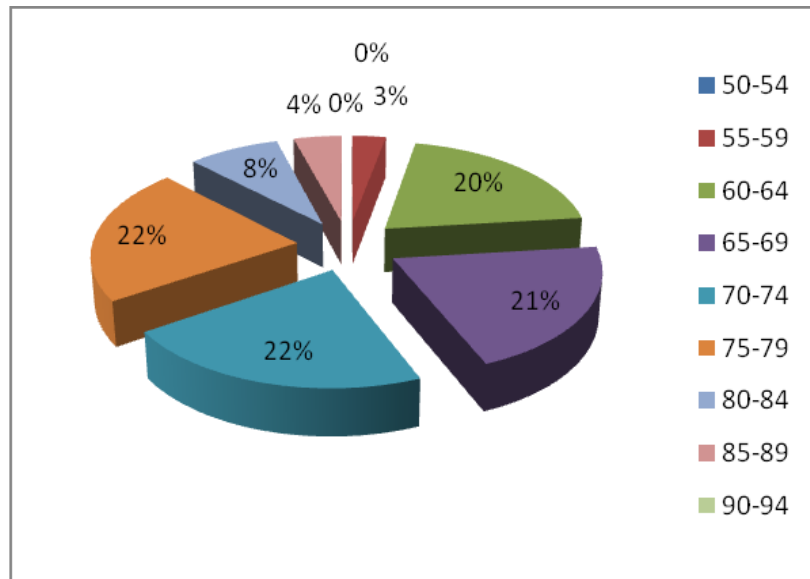
- Comedor Bomberos
- Comedor Robledo
- Comedor Valencia
- Comedor Avenida Colón
- Comedor Balcones
- Comedor Luís Carlos Galán
- Comedor Llanitos
- Comedor Barcelona (Corregimiento de Barcelona)

Gráfico 1. Distribución por género



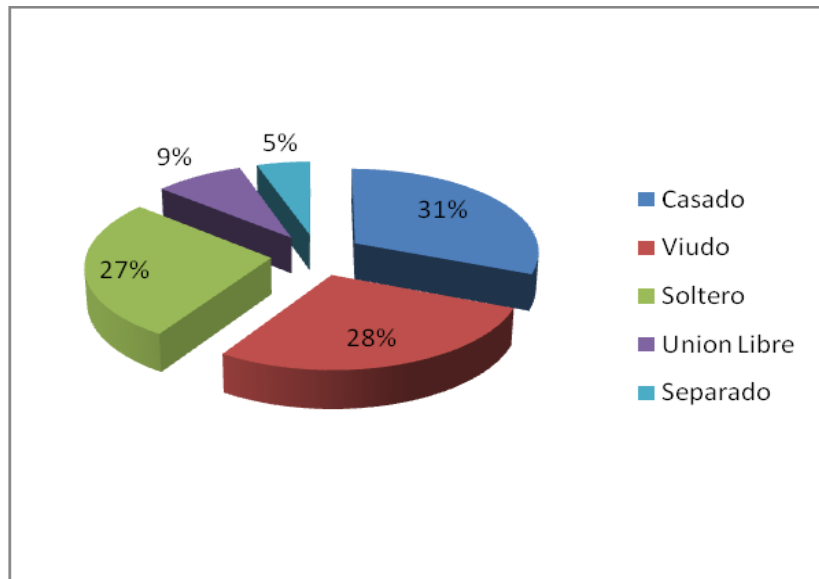
El gráfico 1 en la distribución por género del grupo de los Adultos Mayores beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación “Juan Luis Londoño de la Cuesta” del municipio de Calarcá, está conformado por 232 beneficiarios de los cuales 128 son mujeres que corresponden a un 55% y 104 hombres que corresponden al 45%.

Gráfico 2. Distribución por edad



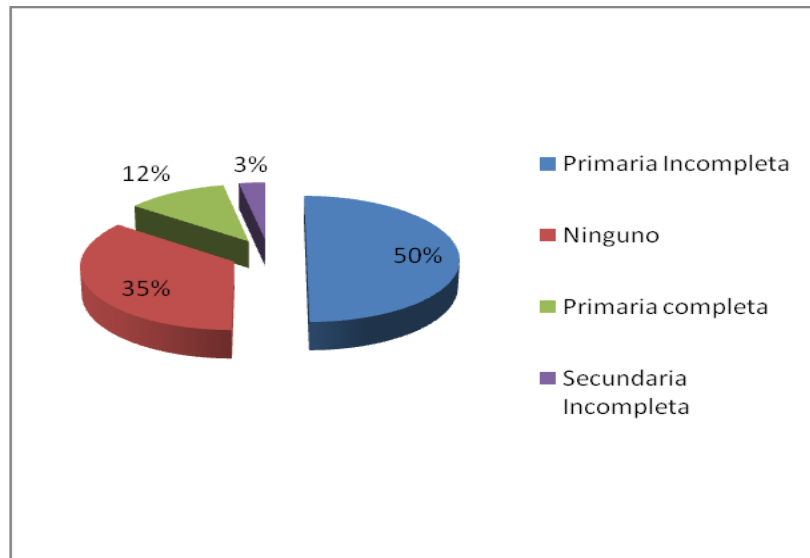
El gráfico 2. Distribución por edades de los hombres y las mujeres están organizados de la siguiente forma, de 50-54 años un 0%, 55-59 años un 3% corresponde a 8 personas, 60- 64 años un 20% igual a 47 personas, 65-69 años un 21% equivalente a 47 personas, 70-74 años un 22% pertenece a 51 personas, 75-79 años un 22% relacionado a 51 personas, 80-84 años un 8% que representa 19 personas, 85- 89 años un 4% corresponde a 10 personas, y de 90-94 años un 0%.

Gráfico 3. Estado Civil



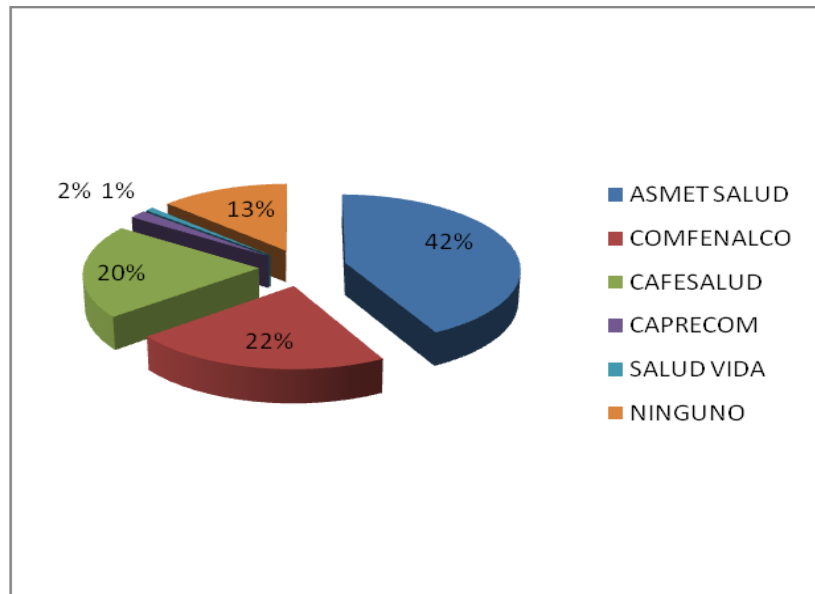
En el gráfico 3 se observa que existe un predominio de población casada en un 31% igual a 72 personas, un 28% son viudos que equivale a 65 personas, un 27% de solteros a 63 personas, 9% en unión libre igual 20 personas, mientras que un 5% de población es separada ósea 12 personas.

Gráfico 4. Escolaridad



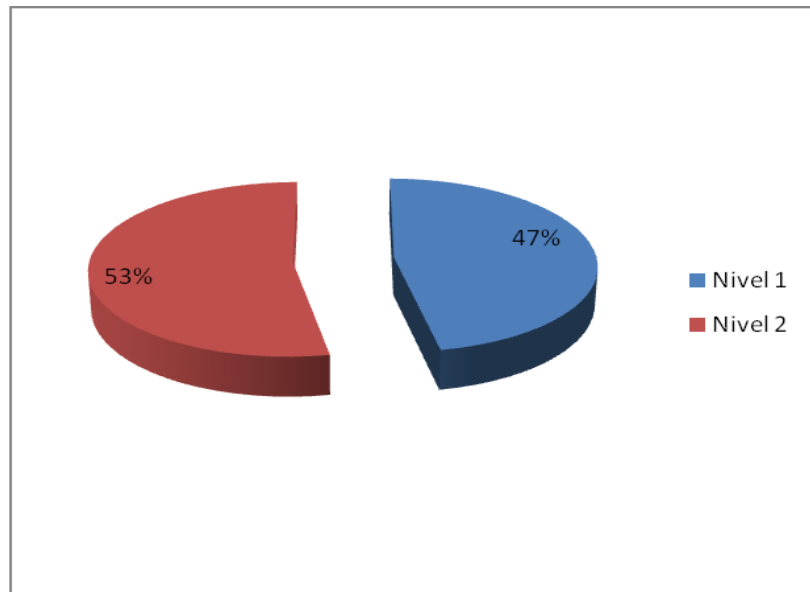
En el gráfico 4 se observa que el 50% de la población tiene primaria incompleta, lo cual puede ser determinado por las condiciones económicas y sociales de su época debido a que el tiempo se utilizaba más para trabajar que para estudiar equivalente a 116 personas, un 35% no posee ningún nivel educativo 82 personas, un 12% posee primaria completa igual a 27 personas, y solamente un 3% de la población beneficiaria del proyecto cuenta con secundaria incompleta que oscilan entre 7 personas.

Gráfico 5. Administradora De Régimen Subsidiado



El gráfico 5 muestra la población beneficiaria del proyecto inscrita a las Administradora de Régimen Subsidiado (ARS); ASMET SALUD 98 personas equivalente a 42%, COMFENALCO 51 personas corresponden a 22%, CAFESALUD 47 personas igual al 20%, un 2% CAPRECOM al que pertenecen 4 personas, un 1% SALUD VIDA con 2 personas y 30 no se encuentran afiliadas a ninguna Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) con un 13%.

Gráfica 6. Nivel de Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN)



En el grafico 6, el 47% pertenece al nivel 1 del Sistema de Identificación de Beneficiarios igual a 109 personas, y un 53% al nivel 2 son 123 personas.

12.1.2. Características de los 26 grupos de Adultos Mayores inscritos en la alcaldía del Municipio de Calarcá.

El trabajo que se realizó con los grupos fue el mismo planteado en el cronograma de actividades para el Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor – PNAAM– “Juan Luis Londoño de la Cuesta”.

Las actividades se realizaron según el horario y contexto planteado por cada grupo. Se realizaron de 2 a 3 visitas mensuales en cada grupo o asociación. En el que fueron beneficiadas 1.028 Adultos Mayores.

TABLA 4. Grupos y Asociaciones de Adultos Mayores inscritos en la alcaldía del Municipio de Calarcá.

Nombre Grupo	Coordinador	Número de Beneficiarios
Amor por la Vida	Jacqueline Silva	37
Nuevo Amanecer	Jorge E. Campos	35
Bienestar Social Del Adulto Mayor Defensa Civil	Flor E. Torres	42
Asociación Añoranzas	Elizabeth Cobo	56
Nuevos Horizontes	Rosalba Díaz	31
Alegre Plenitud	Nelson Valero	16
Para Vivir Mejor	Ruby Sánchez.	30
Años Maravillosos	Adíela Echeverry	97
Damas Rosadas	Luz Estela Ángel López	63
Rayitos de Luna	Omaira Rey	80
Corazones Siempre Alegres	Nohora Agudelo	52
Alegre Amanecer	Berenice Buitrago	24
Grupo De Adulto Mayor Los Rosales	Diana Patricia Herrera	34
Alegría de Vivir	Martha Lady Hurtado	38
Brisas del Quindío	Paulina Riascos	26
La Plenitud De Los Años	Diana Cardozo	29
Unidos por Calarcá	Carlos Hugo Cárdenas	22
Recuerdos del ayer	Virgelina Ramírez	19
Brisas del Mar	Lilia Ramírez, Cristina Castillo.	37
Corazones Felices	Sonia Cruz	26
La Nieve De Los Años	Paola Sánchez	21
Senderos de vida (Barcelona)	Francy Luber López	55
Cajita Dorada	Margarita Castiblanco	22
La dulce edad (La Bella)	Andrea Yomara Ocampo	12
Asociación Renacer Del Adulto Mayor (La Virginia)	Silvia Martínez	80
Adultos Mayores Quebradanegra	Carlos Arturo Ávila	44
Total:		1028

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

TABLA. 5

Mes/Sema Actividad Por Temática	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Formulación de propuesta y caracterización de contexto																																
1. Facilitar procesos formativos																																
2. Actividades Culturales y artísticas																																
3. Actividades de Apoyo social																																

Nombre del proyecto: **ORIENTACIÓN GERONTOLÓGICA A LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CALARCÁ QUINDÍO.**

Objetivo Específico: Promover la participación de los Adultos Mayores en las actividades sociales y culturales para un aprovechamiento del tiempo.

Actividad	Meta	Nº. de sesiones	Indicador	R. Humanos	Duración
Taller de dáctilo-pintura	Estimular la parte visual y táctil de los adultos	8	Nº de actividades realizadas	2.Pasantes 1. Tallerista de pintura	60 Minutos
Expresión artística	Propiciar movilidad integración y movilidad articular	8	Nº de Asistentes	2.Pasantes 1. Gerontóloga	60 Minutos
Actividad de recuerdo	Resaltar vivencias pasadas en su vida	8	Nº de actividades	2. pasantes	60 Minutos
Jornada de integración teatral	Propiciar creatividad, imaginación al crear personajes	8	Nº de grupos	2. Pasantes 1. Tallerista	60 Minutos
Diviértete y sede tu pareja	Facilitar el movimiento y integración del Adulto	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos
Salida ecológica	Integrar los Adultos y realizar ejercicio físico.	8	Nº participantes	2. pasantes	60. Minutos
Mañana artístico cultural “recital”	Integrar los Adultos y conocer los dotes de cada participantes	8	Nº participantes	2. Pasantes	60. Minutos
Juegos de mesa	Fortalecer la capacidad de memoria y orientación de los Adultos	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos
intercambio generacional	Proyectar imagen positiva sobre envejecimiento	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos
Actividad de clausura	Evaluación de la temática a cargo de los Adultos	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos

Objetivo Específico: Realizar actividades (conversatorios, talleres, sesiones educativas, lúdico recreativas) que faciliten la comprensión y la importancia de tener una vida saludable para los beneficiarios del Programa Juan Luis Londoño de la Cuesta. “Ración Preparada”

Actividad	Meta	Nº. de sesiones	Indicador	R. humanos	Duración
Aprendamos a conocernos.	Propiciar acercamiento y conocimiento mutuo para obtener buena confianza y comunicación.	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	60 Minutos
Conozcamos las necesidades	Brindar espacio para que los adultos expresen que actividades desean que se realicen	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	45 Minutos
Conozcamos las patologías más prevalentes de la población	Saber que patologías padecen para poder enfocar las actividades	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	60 Minutos
Sesión sobre envejecimiento y vejez	Aceptación de la vejez como una etapa del ciclo vital	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	40 Minutos
Conozcamos cuales son los estilos de vida saludables y no saludables	Concientizar a los adultos de la importancia de tener hábitos saludables	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	60 Minutos
Conversatorio sobre autocuidado, y rutina de aseo personal.	Concientizar sobre la importancia de la rutina de aseo diario.	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	60 Minutos
Hablemos de Hipertensión Arterial.	Realizar un control de la HTA	8	Nº de asistentes	2 Pasantes 2 Pasantes de Enfermería	60 Minutos
¿Tú duermes bien? “Insomnio en el Adulto Mayor”	Conocer las causas del insomnio	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	60 Minutos
Hablemos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Propiciar mayor conocimiento de la enfermedad	8	Nº de asistentes	2 Pasantes	60 Minutos

Objetivo Especifico: **Promover e incentivar la participación de los Adultos Mayores en las actividades sociales.**

Actividad	Meta	Nº. de sesiones	Indicador	R. Humanos	Duración
Conozcamos la función de grupo	Fortalecer entre los Adultos la importancia de pertenecer a un grupo	8	Nº participantes	2. Pasantes	60. Minutos
Tomemos conciencia de convivencia	Permitir el intercambio de ideas y experiencias personales.	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos
Escuchar y comprender	Propiciar la comunicación y cultura general	8	Nº participantes	2. Pasantes	60. Minutos
Dinámica de reflexión.	Resaltar el significado de los valores y la importancia que tienen en nuestro medio	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos
La importancia del adulto mayor en la familia	Reconocer y apropiarse que el adulto mayor es un integrante mas en la familia	8	Nº Participantes	2. pasantes	60. Minutos
Apoyo social	Concientizar la importancia del apoyo emocional y cognoscitivo en el grupo	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60 Minutos
La importancia de la participación en diferentes Instituciones.	Tener en cuenta la expresión y la socialización de los adultos	8	Nº de Charlas	2. Pasantes	60. Minutos
Resultados de las actividades	Mayor participación, socialización, convivencia de los Adultos	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos
Clausura de actividad.	Evaluación de la temática a cargo de los Adultos	8	Nº Participantes	2. Pasantes	60. Minutos

14. METODOLOGÍA.

14.1 TÉCNICAS DE TRABAJO Y CONFERENCIAS.

Gibb, Jack R. (1992)³⁵, define la técnica de trabajo a la forma cómo se realizan actividades, el método es el camino para el logro de determinados objetivos, es decir enseña como lograrlo.

Los objetivos de las dinámicas, llevan a que las personas se preocupen por mejorar aspectos como: escuchar, mayores relaciones, profundizar, reflexionar sobre hechos, analizar causas y sobre todo cambiar en el ser y en el actuar.

La dinámica de grupo es un ingrediente que se adhiere al método y a la técnica, es una especie de animación cuyo propósito es hacer más activo y ambientado el proceso o en el momento de facilitarlos.

El desarrollo del cronograma se desglosó de la siguiente forma:

Actividad: Conjunto de operaciones y tareas propias que se desarrollaron con las personas beneficiarias del proyecto.

Tema: Proposición o texto que se tomo en las técnicas de trabajo, conferencias y discursos.

Objetivo: situación deseada a lograr o alcanzar.

Desarrollo: La forma como se realizó la actividad.

³⁵ GIBB, Jack R. Manual de dinámica de grupo. Editorial. Hvmánitas. Buenos Aires. 1992. Pag.148.

Discurso: Exposición sobre un tema, Carvajal y Castrillon (1991)³⁶, plantean que es una función de la interacción entre participantes por medio de la lengua, y el lenguaje utilizado como intermediario puede ser escrito o grabado. Y el texto son las huellas de una interacción que pueden ser usadas como un conjunto de indicios para reconstruir el discurso.

³⁶ CARVAJAL Maribel, CASTRILLON Carlos A. "Análisis textual". Impreso centro de publicaciones Universidad del Quindío.1991. Pág.22 -29.

15. DESARROLLO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Los resultados obtenidos en las sesiones de trabajo y conferencias realizadas a los beneficiarios del proyecto.

- Participación en las actividades lúdicas recreativas.
- Integración entre beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación para los Adultos Mayores “Juan Luis Londoño de la cuesta”.
- Integración entre beneficiarios de los grupos y Asociaciones de personas mayores inscritos en el Municipio de Calarcá.
- Las personas acudieron a las actividades por razones de aprendizaje, profundización de conocimiento y para hacer buen uso del tiempo libre.
- Acudieron a las actividades para dejar de lado conflictos en sus hogares.
- Asistieron para la estimulación de espontaneidad creativa a través de actividades como dactilopintura.
- Se logró que los adultos mayores reconocieran la importancia de aceptar la muerte y el duelo de un ser querido, y además buscar apoyo emocional, psicológico, social, familiar.
- Se observó que existía ausencia de apoyo familiar en algunos adultos, y en otros existía una sobrecarga con la obligación con los nietos.

ACTIVIDAD: Caracterización de la población

OBJETIVO: Identificar la población beneficiaria, características y necesidades.

Conocer la infraestructura donde se suministra la alimentación.

DESARROLLO: El tema se desarrolló con visitas periódicas a los ocho comedores del Municipio; la primera visita consistió en la presentación de los pasantes de la Alcaldía a las coordinadoras de los comedores, la segunda visita se hizo para presentar los pasantes a los beneficiarios de cada comedor, y la tercera fue el registro y la sistematización de los datos.

La población beneficiaria fue de 232 personas.

ACTIVIDAD: Formulación de la propuesta.

OBJETIVO: Plantear la propuesta de Trabajo de Grado en la modalidad de Pasantía para ser Ejecutada en IX y X semestre del 2008.

DESARROLLO: La caracterización que se realizó permitió plantear tres temáticas a ejecutar: una **primera** fase facilitar procesos cognitivos, en la que se utilizó como estrategia metodológica talleres sobre envejecimiento, vejez, promoción de estilos de vida saludable, prevención de la enfermedad entre otras. La **segunda** fase tuvo un enfoque cultural en el que se utilizó la metodología lúdica recreativa; y una **tercera** un enfoque social en el que se desarrollaron temáticas de apoyo social, participación, liderazgo, comunidad. Cada una de ellas con sus respectivas actividades.

ACTIVIDAD: Brigada de Salud “Refuerza tú Memoria”

OBJETIVO. Organizar y acompañar a la Secretaria de Salud en las diversas actividades en las cuales se solicitó la presencia de gerontólogos.

DESARROLLO: Esta actividad se llevó a cabo el Sábado 9 de Febrero en la caseta Comunal del Barrio Galán, se realizó con niños de 7 a 12 años de edad, residentes del Barrio, se conformaron grupos de 5 niños de diferentes edades, en el que se eligió un representante por grupo, para concursar en la actividad “Refuerza tú Memoria” la cuál consistió en encontrar mayor número de parejas, las cuales representaron los valores y antivalores; el grupo ganador fue el de mayor acierto; Además se hizo una representación teatral por cada uno de los grupos .

La población Beneficiaria fue de 25 niños, con una duración de dos horas, la participación de ellos fue muy activa, ya que cada uno tuvo su espacio de representación teatral y grupal en el cual se vio el trabajo en equipo.

ACTIVIDAD: Facilitador de procesos.

“Cultura general” Semana del 2 al 11 de Abril de 2008

OBJETIVO: Propiciar la comunicación y relaciones interpersonales.

Adquirir conocimiento e integrar a las personas Mayores

DESARROLLO: Se elaboraron preguntas y se introdujeron en una bolsa, donde cada subgrupo de 4 personas sacaba su respectiva tira de papel y daban la respuesta.

ACTIVIDAD: “Organización celebración mes de la madre”

Semana del 14 al 18 de Abril de 2008

OBJETIVO: Identificar cual de los Adultos tiene mayor habilidad para representar el respectivo comedor.

Brindar espacio para la creatividad e imaginación en las coreografías.

Compromiso por parte de los adultos para apoyar la representación del comedor

DESARROLLO: Esta actividad se llevó acabo por iniciativa de los Adultos, quienes quisieron organizar y postular personas para la presentación.

Los postulados fueron personas que les gustaba bailar, se escogieron varios géneros de música, entre ellos paso doble, pasillo, joropo, vals, merengue. Y también se postularon personas con aptitudes para recitar (cuento, coplas, trovas, adivinanzas), y cantar.

ACTIVIDAD: Celebración mes del niño.

Días: 4, 7,10 de Abril 2008.

OBJETIVO. Ejecución de actividades planteadas en el cronograma del mes del niño.

DESARROLLO: El día 4 de Abril se realizó el desfile inaugural con la participación de 22 Colegios, en la que participó el grupo Abrazar y el grupo “TQM” del Municipio de Calarcá, y el apoyo de los de los pasantes fue logístico.

El día 7 de Abril se realizó visita al corregimiento de Barcelona donde se celebró el día del niño en compañía de presentaciones musicales de los Colegios, y el grupo

“TQM” del Municipio de Calarcá, y el apoyo de los pasantes fue logístico. La asistencia fue aproximadamente de 1200 niños

El día 10 de Abril se realizó la visita al corregimiento de la Virginia para la celebración del niño, con una asistencia de 300 niños aproximadamente. Quienes disfrutaron y participaron de eventos culturales y artísticos.

ACTIVIDAD: Alfabetización de algunos de los Adultos.

OBJETIVO: Facilitar conocimiento.

Desarrollo: La alfabetización es una de las habilidades en las que se están desempeñando algunos adultos, ya que tiene como objetivo usar textos para comunicarse a través del espacio y el tiempo. Además hace parte del reconocimiento de las letras y, asociando de cada fonema y su grafía, para descifrar las palabras y las frases, y en ocasiones para identificarse por medio de una firma.

ACTIVIDAD: “Autocuidado y sus características” Semana del 2 al 9 de mayo de 2008

OBJETIVO: Informar a la población adulta de la importancia del autocuidado.

DESARROLLO: La actividad informativa de autocuidado se realizó por medio de técnicas de trabajo en el que cada adulto expuso su punto de vista sobre el autocuidado, y luego se explicó el concepto, el cual está relacionado con la salud que consiste en todas las medidas y decisiones que adopta una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad; todo comportamiento personal dedicado a mantener y mejorar la salud.

ACTIVIDAD: “Actividad física”

Semana del 12 al 16 de Abril de 2008

OBJETIVO: Promover el ejercicio físico en los adultos mayores con el propósito de mejorar los aspectos de la salud física.

DESARROLLO: Esta actividad fue solicitada por los adultos y se desarrolló en dos fases: 1) teórica y 2) práctica.

En la fase teórica se explicó: las categorías básicas de actividad física:

- 1) Resistencia (aeróbica),
- 2) Fortalecimiento (fuerza),
- 3) Equilibrio,
- 4) Flexibilidad (estiramiento).

ACTIVIDAD: Celebración mes de la madre.

Semana del 19 al 23 de mayo 2008.

OBJETIVO. Integrar a los Adultos Mayores, y conocer las aptitudes para las coplas, canto, cuentos.

DESARROLLO: Esta actividad se realizó integrando de a dos comedores por día, en los que se obtuvo participación activa para la ejecución de este.

Cada comedor organizó su propio refrigerio, por medio de alcancías.

El programa que se realizó cada día fue:

1. Bienvenida.
2. Lectura bendita madre.
3. Baile folklórico
4. Coplas, Adivinanzas.

5. Obra de teatro.
6. Refrigerio.
7. Baile
8. Despedida, entrega de obsequios a las madres.

ACTIVIDAD: “Tomemos conciencia de convivencia”

Semana del 21 al 25 de Abril de 2008

OBJETIVO: Permitir el intercambio de ideas y experiencias personales.

DESARROLLO: Esta actividad se realizó en dos sesiones: 1) Facilitador de procesos cognitivos en la que se definió el término convivencia: Relación de armonía y tolerancia entre los miembros de la comunidad y capacidad de vivir juntos en la que se respeta las normas básicas.

Además es la cualidad que posee el conjunto de relaciones cotidianas entre los miembros de una sociedad cuando se han armonizado los intereses individuales con los colectivos, y por tanto, cuando los conflictos se desenvuelven de manera constructiva.

2) Se realizó una dinámica de grupo, consistió en realizar subgrupos de 4 personas en la que cada adulto llevó una foto o recortes de revista, para realizar la dinámica “esta foto me sugiere”, consistió en describir cada foto o recorte y relacionarla con sucesos ocurridos en eventos familiares o grupales donde existió convivencia y donde no existió convivencia.

ACTIVIDAD: “Las caídas”

Semana 28, 29, 30 de Abril de 2008

OBJETIVO: Explicar la importancia que tiene la prevención de caídas.

DESARROLLO: Se realizó una sesión de facilitador de procesos cognitivos, donde cada adulto comento sobre las caídas que había tenido en los últimos seis meses, luego se planteó la definición de caídas según La Organización Mundial de la Salud (OMS), "consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Se planteó los diferentes tipos de caídas y cada adulto identificó el tipo de caída que había tenido según la clasificación.

Además se hablo de los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con las ocurrencias de las caídas en el adulto mayor.

En esta actividad hubo ayudas visuales, para mayor comprensión.

ACTIVIDAD: “Muerte y Duelo” del 3 al 13 de junio de 2008

OBJETIVO: Conocer la clasificación de la muerte y las reacciones de duelo.

DESARROLLO: La actividad se desarrolló por medio de un conversatorio en el que cada adulto planteo su punto de vista sobre el significado de muerte y duelo, luego se explico la clasificación y las reacciones.

Se utilizaron ayudar visuales, carteles y dibujos que explicaban la temática trabajada.

ACTIVIDAD: “Rutina de aseo personal”

Semana del 16 al 20 de junio de 2008

OBJETIVO: Promover el aseo personal diario en los adultos mayores con el propósito de mejorar la salud y la convivencia.

DESARROLLO: Esta actividad se llevó a cabo por medio de una dinámica de grupo, la cual consistió en que los adultos llevaran empaques de utensilios de aseo ya utilizados.

Se explicó una introducción de higiene personal, nombraron cada elemento y su función para que lo asociaran con elementos utilizados por sus padres y por ellos mismos.

Las prácticas de higiene, y los cuidados personales ayudan a mejorar el bienestar, la salud física y psíquica.

Páramo (1990), plantea unas acciones básicas para el autocuidado, estas son:

- La higiene personal:
 - Aseo corporal
 - Medidas higiénicas de baño, salud oral, lavado de manos.
 - Higiene del vestir (lavado, cambio de ropa).

Se pregunto ¿por que la importancia del aseo diario?

Unas de las interpelaciones: * Porque es salud.

* Porque es uno de los requisitos para la convivencia en grupo.

Se formaron subgrupos para realizar una actividad lúdica que consistía en armar un rompecabezas en el que esta plasmado un elemento de aseo.

ACTIVIDAD: Gastritis

Semana del 23 al 27 de junio 2008.

OBJETIVO: Conocer las causas y síntomas que produce la gastritis y su tratamiento no farmacológico.

ACTIVIDAD: “Alimentación balanceada y clasificación de los alimentos en grupos”

Semana del 1 al 10 de julio de 2008

OBJETIVO: Brindar información sobre alimentación y clasificación de los alimentos en grupo.

DESARROLLO: La actividad informativa sobre la alimentación se realizó por medio de una mesa redonda:

La Mesa Redonda: Es una técnica grupal que se utiliza cuando se desea dar a conocer a un auditorio los puntos de vista divergentes o contradictorios en este caso se realizó sobre “Alimentación balanceada y clasificación de los alimentos en grupos”.

Se utilizaron ayudas visuales: carteles y dibujos.

ACTIVIDAD: Sensorial “aprendamos a observar”

Semana del 14 al 18 de julio de 2008

OBJETIVO: Concentración y capacidad de observación.

DESARROLLO: Se entregó a los adultos tarjetas en cartulina con sus respectivos dibujos incompletos los cuales deberían descubrir.

Los dibujos plasmados fueron casas, cubiertos, prendas de vestir, animales, medios de transporte y de comunicación.

Al terminar de observar los dibujos se pidió a cada adulto que mostrara a donde había completado el dibujo, y función que cumplía.

ACTIVIDAD: Hablemos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Semana del 21 al 25 de julio 2008.

OBJETIVO: Propiciar mayor información sobre la enfermedad.

DESARROLLO: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se refiere a un trastorno pulmonar crónico que da como resultado un bloqueo en el flujo de aire en los pulmones. Los dos principales trastornos son el enfisema y la bronquitis crónica, las causas más comunes de insuficiencia respiratoria. El enfisema se presenta cuando las paredes entre los sacos de aire del pulmón se debilitan y colapsan. Por lo general, la lesión que causa la EPOC es permanente e irreversible. También se expuso sobre las causas y síntomas.

Se preguntó a los adultos si conocían acerca de esta enfermedad, y al finalizar se evaluó por medio de preguntas al azar.

ACTIVIDAD: La importancia del adulto mayor en la familia.

Semana del 28 al 31 de julio 2008.

OBJETIVO. Reconocer al adulto mayor como integrante de la familia.

DESARROLLO: Esta actividad se realizó por medio de un proceso lúdico educativo que consistió en suministrarle a cada persona una hoja tamaño oficio en la que había plasmado cinco roles diferentes del adulto mayor dentro de la Familia. (Maltrato, actividad laboral, rol de abuelo, etc), el objetivo era identificarse y explicar, luego se hizo un conversatorio sobre el reconocimiento al adulto mayor en la familia.

Según Pinazo (2005), la familia es la fuente de ayuda de apoyo más importante para la población mayor dependiente y necesitada. La familia y los amigos son relaciones denominadas primarias que se caracterizan por tener naturaleza personal, íntima y emocional ser duraderas e implicar a las personas en una gran variedad de roles permitiéndoles expresarse y comunicarse abiertamente sobre diferentes temas y las relaciones secundarias son formales, impersonales implican a las personas en un solo rol; son instrumentales porque sirven para la consecución de ciertos objetivos.

La familia proporciona cuidados a lo largo de todo el ciclo, apoyo económico aliento y apoyo emocional; además los integrantes de la familia son los encargados en prestar atención a las personas mayores con problemas de salud o deterioros graves en su autonomía personal.

ACTIVIDAD: Elaboración de fichas de Programa Protección Social para el Adulto Mayor (PPSAM). Día 10 y 11 de julio 2008.

OBJETIVO: Elaborar fichas para el cobro del subsidio bimensual del Adulto Mayor por parte del Ministerio de Protección Social. (anexo 1)

ACTIVIDAD: Evento cultural y recreativo.

FECHA: Día 11 de julio 2008. **Hora:** 3: 00 PM – 7:00 PM

LUGAR: Casa de la Cultura

OBJETIVO: Escoger muestras para el evento Departamental de Adulto Mayor Nuevo Comienzo.

La población beneficiaria y muestras:

Grupo Laureles: expresión corporal y juego

Grupo (Añoranza) Cruz roja: expresión corporal

Grupo (Paz y vida) Barrio Huerta: expresión literaria.

Grupo (Rayitos de luna) Esperanza: Expresión plástica y muñequería

Grupo Damas Rosadas: expresión corporal y juegos.

Grupo Adulto Mayor en Acción, llanitos: expresión literaria

Grupo Años Maravillosos: expresión corporal y manualidades.

Grupo Plenitud de los Años: expresión corporal

Grupo Rosales: expresión plástica.

Grupo Alegre Amanecer: expresión corporal

Grupo Nuevo amanecer: expresión corporal y juegos.

Grupo nuevos Horizontes: expresión corporal y manualidades.

Grupo de bienestar de adulto mayor de la defensa civil: expresión plástica y muñequería.

ACTIVIDAD: Evento cultural y recreativo. Sábado 12 de julio 2008.

LUGAR: Municipio de Génova Quindío.

OBJETIVO: Acompañamiento a las muestras corporales.

DESARROLLO: Acompañamiento y colaboración a los grupos y asociaciones de Adultos Mayores asociación añoranzas y nuevos horizontes, en la presentación corporal modalidad baile folklórico, representando el Municipio de Calarcá, en el municipio de Génova Quindío en el evento municipal cultural y recreativo del Adulto Mayor.

ACTIVIDAD: Evento cultural y recreativo. Día 17 y 18 de julio 2008.

OBJETIVO: Elaboración de registros. NUEVO COMIENZO.

DESARROLLO: Se elaboraron los registros para la participación de las muestras al encuentro recreativo y cultural del adulto mayor en Armenia Quindío. (anexo 2)

ACTIVIDAD: Evento cultural y recreativo. Día 23 de julio 2008. Hora: 8:00 am a 6:00 pm

OBJETIVO: Encuentro Departamental de Adulto Mayor Programa NUEVO COMIENZO.

DESARROLLO: Se realizó un desfile en Armenia Quindío, con los representantes de adultos mayores de los 12 Municipios del Quindío, desde el parque Fundadores hasta el coliseo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), donde se llevo acabo el evento; el cual consistió en la participación de cada Municipio en

diferentes muestras, (Expresión corporal, expresión literaria, Expresión plástica, muestra artesanal, juegos y juguetes).

ACTIVIDAD: inscripción, organización y programación de grupos y asociaciones para la participación Encuentro Municipal.

1 al 22 de Agosto de 2008

OBJETIVO: Diligenciar los formatos de inscripción para la participación en el encuentro y detectar habilidades corporales y literarias de los diferentes grupos y asociaciones de Adultos Mayores.

DESARROLLO: Se visitó cada uno de los grupos para diligenciar el formato el cual tuvo como requisito;

- Nombre del Coordinador de grupo o Asociación
- Nombre del grupo o asociación
- Nombre de la candidata a representar el grupo en el reinado de Adultos Mayores
- Número de asistentes a participar en los eventos que se tenían programados
- Nombre de la muestra a participar en manualidades y artesanías
- Nombre de la muestra corporal y literaria que participaría.

Además se informo del cronograma de actividades que se llevaría a cabo durante la última semana de Agosto

ACTIVIDAD: Encuentro Municipal de Adulto beneficiados del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la cuesta” (PNAAM).
Semana del 19 al 21 de Agosto de 2008

OBJETIVO: Celebrar el mes del adulto mayor a los beneficiarios del (PNAAM).

DESARROLLO: El evento se realizó el día 21 de Agosto en la casa de la Cultura en el auditorio principal a partir de las 2:00 de la tarde. Organizado por la Fundación CONCIVICA, con apoyo de logística por parte de la Alcaldía Municipal y la Subsecretaria de Adulto Mayor.

La programación fue la siguiente:

- Recreación por parte de funcionario de Concivica
- Rifas
- Show central a cargo del grupo el Marinillo (vocalista)
- Grupo musical invitado Alegre Plenitud Alcaldía Municipal de Calarcá
- Show de Baile Juvenil Yuly y sus chicas

Entrega de refrigerios por parte de la Fundación Colombia una Nación Cívica “FUNDACION CONCIVICA” Y Alcaldía Municipal.

ACTIVIDAD: Encuentro Municipal Adulto Mayor
Semana del 25, 27,30 de Agosto 2008.

OBJETIVO: Realizar primer Encuentro Municipal de Adultos Mayores “Eje de oportunidades” Alcaldía de Calarcá Quindío.

DESARROLLO: El día 25 de Agosto se realizó el desfile inaugural a partir de las 8:00 de la mañana, lugar salida Colegio Robledo con una participación de los 26 grupos y asociaciones quienes participaron con sus diversas comparsas.

El día 27 de agosto se realizó la exposición de manualidades y artesanía, en el tercer piso de la casa de la cultura, desde las 8:00am a las 6:00 pm, en que hubo muestras artesanales en madera, guadua, mimbre; y de manualidades como bordado en cinta, en hilo, en croché; patchwork; pintura en gamuza, etc.

El 30 de agosto se realizó el encuentro municipal de adulto mayor en el coliseo del Colegio Robledo a partir de la 1:00 pm a 7:00 pm

ACTIVIDAD: “Salida Ecológica”

Semana del 1 al 5 de septiembre de 2008

OBJETIVO: Fomentar la actividad física, la integración y convivencia de las personas mayores.

DESARROLLO: Esta actividad se realizó con las personas que quisieron asistir a una tarde de esparcimiento y de recreación, mediante una caminata desde la casa de la cultura de Calarcá hasta la vereda Bohemia. Donde se realizó y celebró el mes de Amor y Amistad en el que se realizó rifas, dinámicas de integración y refrigerio.

Se realizaron las siguientes dinámicas:

- El adivinador: Consistió en que sentadas todas las personas en un círculo y enumerados, se escogió una persona y junto con el animador se llegó a un acuerdo que número era el que se iba a adivinar, el animador dijo el siguiente estribillo “el bastón está, el bastón está...” mientras que se señala con el bastón a cada participante y para concluir “el bastón está en cabeza del número” y la persona anteriormente escogida dice el número que corresponde al mismo del animador.
- La otra dinámica que se realizó al terminar la tarde se tituló “Quien soy yo” en el que cada participante daba su nombre, valores, cualidades etc.

La Convivencia Según Bolaños (2002) es uno de los valores recreativos que desarrollan la comunicación y la promoción social, además genera estrategias grupales y colectivas que enseñan a sostener adecuadamente una experiencia de vida en común.

Se utilizaron ayudas visuales: carteles y dibujos.

ACTIVIDAD: Juego de Mesa

Semana del 8 al 12 de Septiembre de 2008

OBJETIVO: Fortalecer la capacidad de memoria Orientación y recreación de las personas mayores.

DESARROLLO: Esta actividad se realizó con seis comedores de “Juan Luis Londoño de la Cuesta” y asociaciones y grupos de personas mayores, el juego consistió: cada persona aportó un huevo y se realizó el bingo, el ganador se llevó el total de los huevo.

ACTIVIDAD: Sexualidad en la vejez

Semana del 15 al 19 de septiembre 2008.

OBJETIVO: Orientar sobre los cambios de la función sexual en la vejez

DESARROLLO: Esta actividad se llevó acabo en forma de taller donde se les informó sobre la sexualidad en la vejez, dando a conocer que se deben dejar de lado los estereotipos negativos.

ACTIVIDAD: Encuentro Intermunicipal del Adulto Mayor. Día 5 septiembre 2008.

OBJETIVO: Facilitar convivencia y conocimiento de las actividades culturales

DESARROLLO: Esta actividad se realizó en el polideportivo el Cacique.

Población beneficiaria: 97 personas del grupo Años maravillosos.

60 personas del grupo del Municipio de Circasia.

16. FOTOGRAFÍAS DE LAS ACTIVIDADES.









CONCLUSIONES

Es importante considerar que la intervención del gerontólogo a la población Calarqueña, incidió y favoreció en el disfrute de actividades y técnicas de trabajo ya que en el año 2007 hubo acompañamiento de gerontólogos, además en el año 2008, se fundamentó la vivencia de experiencias positivas, estados emocionales e integración.

La orientación gerontológica en estilos de vida saludables y aprovechamiento del tiempo libre tuvo como resultado el fomento de contacto social y relaciones personales, respeto, cariño y afecto entre la familia y sus congéneres.

Las técnicas de trabajo informativas, acompañadas por dinámicas de grupo y recreación, ayudaron a resaltar vivencias, a cambiar estereotipos de la vejez y el envejecimiento, y a adquirir conocimiento sobre estilos de vida saludables.

Con las actividades culturales se propició participación, creatividad, imaginación, e intercambio generacional y fomento de valores.

Las actividades sociales facilitaron la comunicación y la importancia que tienen los diferentes tipos de apoyo: instrumental, cognoscitivo, social y emocional y sus fuentes: individuo, familia, comunidad, instituciones y estado.

Las diferentes técnicas de trabajo ayudaron a difundir información, a mejorar las relaciones humanas y a gestionar recursos para beneficio de su respectivo grupo.

El haber realizado orientación gerontológica motivó a las personas a participar en actividades de tipo social, familiar, vida económica y productiva. Además se realizó intervención sobre envejecimiento, vejez y estilos de vida saludables, en las que se enfatizó que el envejecimiento no tiene que verse, ni entenderse como un proceso patológico, sino como un proceso natural, universal e irreversible. Y la vejez es otra etapa más dentro del ciclo vital de todo ser vivo.

El envejecimiento activo y saludable es aquel proceso de optimizar las oportunidades de salida, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentar la autonomía y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales, y para complementar estos aspectos se deben ofrecer planes, programas y proyectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO GAVIRIA, Marllie. Plan de Desarrollo Municipal, Calarcá Quindío 2004-2007 “UN PLAN PARA DEJAR HUELLA” (2004).
- BLANCO ABARCA, Amalio y Chacón Fuentes, Fernando. Indicadores de calidad de vida y evaluación de necesidades en: Calidad de vida, educación, Deporte y Medio Ambiente. Congreso Nacional de Psicología Social, Alicante, 1988.
- BOLAÑO Mercado, Tomás Emilio. Recreación y valores. Editorial Kinesis. Armenia Colombia. 2002. Pág. 73
- CARBALLEDA Alfredo J. La intervención en lo social. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 2002. Pág. 91-95
- CONPES Social 105: Fondo de solidaridad pensional: ampliación de cobertura y ajustes en los requisitos y operación. Bogotá: Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y Departamento Nacional de Planeación; mayo 14 de 2007. Página 6.
- COUTIER.D y Otros. Actividad física y Recreación. Editorial Gymnos. Madrid. 1990. Pág. 275.
- CUNILL, Nuria. Participación ciudadana, Caracas: CLAD, 1991, citado por Velásquez Fabio y Esperanza Gonzáles. p. 60.

- FRITZEN Silvino José. Dinámica de grupo y relaciones humanas. Editorial kimpres Ltda. Bogotá D.C. 1998.
- GÓMEZ J. y CURCIO L. Valoración integral de la salud del anciano. Artes gráficas. Manizales. 2002
- HARRISON. Principios de Medicina Interna. McGRAW-HILL.1989.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACION. Tesis y otros trabajos de grado. Bogotá: ICONTEC, 2008-2009. (NTC 1486)
- JACK Gibb, R. Manual de dinámica de grupo. Editorial. Hvmánitas. Buenos Aires. 1992. Pag.148
- IZAL, María y MONTORIO Ignacio. Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Editorial síntesis. Madrid. 1999. Pág. 48, 62-66, 204-205.
- LAFOREST Jacques. Introducción a la Gerontología. Editorial Herder. Barcelona. 1991.
- LÓPEZ MURILLO, Carlos Enrique. Plan de desarrollo Municipal. Calarcá Quindío 2008-2011 “De la mano para el Progreso” (2008)
- MANUAL OPERATIVO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “Juan Luis Londoño de la cuesta”. Ministerio de protección social ICBF. Bogotá D.C.; 2008 Pág. 3

- MANUAL PARA LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN en: foro nacional por Colombia. Regional Valle del Cauca. Cali. 1995 Pág 18-19.
- McCARY, James Leslie y otros. Sexualidad humana de McCary. El manual moderno. México, D.F- Bogotá, D.C. Quinta Edición. 2000. Pág. 217-227.
- MICHAELS, Evelyn. Vital a los 60 años, Todo lo que se necesita saber para cuidar de tí mismo. Barcelona, España: Impreso MGvagrafik, SL Editorial 2001.
- MISHARA y RIEDEL. El proceso de envejecimiento. Ediciones Morata. Madrid España (1986)
- MORAGAS MORAGAS, Ricardo. Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona; Editorial Herder. 1991.
- NUÑEZ Jairo, y ESPINOSA Silvia. Asistencia social en Colombia Diagnóstico y propuestas. DNP. Impreso Bogotá Colombia. 2007. Pág. 9
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Página <http://www.who.int/es/>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica N° 557 Washington, D.C; OPS, 2007

- PÁRAMO. H, Amparo. Vejez, salud y alternativas de autocuidado. El Poirá. Ibagué. 1990.
- PINAZO H, Sacramento y Sánchez M. Mariano. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Pearson, Prentice Hall. Madrid 2005. Pag.132.
- DOCUMENTO CONDICIONES MÍNIMAS DE CALIDAD. Registro Calificado Programa de Gerontología. Universidad del Quindío. Armenia. Septiembre 2006. Pág. 65-66
- RICE. Philip, F. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. Segunda edición. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México. 1997.
- SÁNCHEZ SALGADO, Carmen Delia. Gerontología social, Espacio Editorial Buenos Aires. Primera Edición. 2000, Pág. 212-217.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, Tabla de composición de alimentos Colombianos. Santafé de Bogotá. Colombia. 2000. Pág. 17- 3.
- ÚRSULA Lehr, Psicología de la senectud, Editorial Herder, Barcelona.1988
- VELÁSQUEZ, C. Fabio y González R. Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? .Bogotá: Fundación Corona. 2003. Pág. 57.

- YANGUAS Lezaun, J. J. y LETURIA Arazola, F. J. Valoración de las Personas mayores. Evaluar para Conocer, Conocer para intervenir. Madrid. Caritas. España.

Sitios web consultados:

- http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/14180/lcl1995_p_e.pdf
- <http://www.efdeportes.com>
- <http://www.efdeportes.com/efd67/mayores.htm>
- http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20071127/asocfile/informe_fin_al_comision_3_gtiam.pdf
- www.paho.org